DE AANPAK VAN ALCOHOL EN ANDERE DRUGS OP HET WERK

VERSLAGBOEK

een terugblik

1985

2005

een vooruitblik

Provinciehuis Antwerpen - 30 maart 1995

Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
Sector Arbeid

DE AANPAK VAN ALCOHOL EN ANDERE DRUGS OP HET WERK

een terugblik



een vooruitblik

Redactie :
Marie-Claire Lambrechts
Coördinator Sector Arbeid

September 1996

VAD
Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen - Sector Arbeid

❐ Voorwoord

In 1995 was het tien jaar geleden dat de VAD haar eerste 'alcohol- en drugpreventie-stappen' zette in het bedrijfsleven.
Naar aanleiding hiervan organiseerde de VAD-sector arbeid op donderdag 30 maart 1995 een **evaluatiecongres** in het Provinciehuis te Antwerpen.

Mede-organisatoren van dit congres waren het Provinciaal Veiligheidsinstituut van Antwerpen, het Commissariaat Generaal voor de Bevordering van de Arbeid, het (toenmalige) Gemeenschapsministerie van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden, de Vlaams Wetenschappelijke Vereniging van Arbeidsgeneeskunde, de Vereniging van Diensthoofden Veiligheid en Hygiëne van België en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie.

Het verslag van dit druk bijgewoonde congres (alleen al de opkomst met 283 deelnemers was een succes) stellen wij graag aan u voor.

In het plenaire voormiddaggedeelte werden de resultaten voorgesteld van de bevraging die de VAD organiseerde bij alle bedrijven die haar in de periode 1985-1994 contacteerden.
Een uitvoerige publicatie is bij VAD te verkrijgen.

Tevens werd er een vergelijking gemaakt met de aanpak van alcohol en andere drugs in de rest van Europa. Ook kwamen diverse beleidsverantwoordelijken en wetenschappers aan bod. Namiddag werden de diverse elementen van een alcohol- en drugbeleid besproken in vijf aparte groepen.
Verslagen van deze discussies alsook de teksten van de plenaire uiteenzettingen zijn in dit verslagboek opgenomen.

Ondertussen zijn er concrete uitlopers van dit congres. Momenteel wordt er hard gewerkt aan een vormingsaanbod voor begeleiders binnen hetgeen nu vaak de ‘sociale economie’ genoemd wordt. Ook de Kleine en Middelgrote Ondernemingen hopen we dit werkjaar een pakket te kunnen aanbieden.
Tijdens het congres bleek duidelijk dat na het alcoholmisbruik, maar ver voor de illegale drugproblematiek, het medicatiethema aandacht verdient. Ook dit wordt een belangrijk werkpunt.

Tenslotte willen wij nog eens iedereen van harte danken voor de bereidwillige medewerking voor, tijdens en na het congres.
Het zijn er te veel om op te noemen maar de medewerkers van het Provinciehuis en de VAD-collega’s verdienen toch een extra pluim !

Marie-Claire Lambrechts
coördinator sector arbeid

september 1996

❐ PROGRAMMA

❐ Voormiddagprogramma

09u30-09u40	Welkomstwoord Dhr. Ludo HELSEN, bestendig afgevaardigde Provinciebestuur Antwerpen
09u40-09u50	Inleiding door de dagvoorzitter Dhr. Albert VOET, directeur Provinciaal Veiligheidsinstituut Antwerpen
09u50-10u35	Inventaris van een alcohol- en drugbeleid in de onderneming - VAD-contacten 1985-1994 Mevr. Marie-Claire LAMBRECHTS coördinator sector arbeid - VAD
10u35-11u00	Studies omtrent werk en alcoholgebruik in Vlaanderen Prof. Dr. Eric ROSSEEL - V.U.B.
11u00-11u15	Pauze
11u15-11u45	Overzicht van de situatie in Europa Ir. D.A. BIJL directeur ALCON
11u45-12u15	Kanttekeningen bij een preventiebeleid in de onderneming Prof. Dr. Jan BUNDERVOET - K.U.L
12u15-12u30	Toelichting door de Vlaamse Minister van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden dhr. Leo PEETERS

❐ Namiddagprogramma (14u tot 16u15)

☒	groep 1	Grote Ondernemingen
☒	groep 2	Overheidsbedrijven
☒	groep 3	Kleine en Middelgrote Ondernemingen
☒	groep 4	Opleidingsinitiatieven en Niet-reguliere tewerkstellingsplaatsen
☒	groep 5	Gezondheidssector

In elk van deze groepen werd gestart met een introductie waarin de VAD een toelichting gaf omtrent beleidsmatig werken in de onderneming. Verder werd er een situering gegeven van activiteiten in dit type van bedrijven.

Daarnaast werd in elke groep een aantal thema's m.b.t. een alcohol- en drugbeleid ingeleid en gevolgd door een discussie.
Hiervoor, werd naast de inleiders, beroep gedaan op een bijkomend panel.

❐ Welkomstwoord

Dhr. Ludo HELSEN
bestendig afgevaardigde
Provinciebestuur Antwerpen

Geachte aanwezigen,

Met veel plezier ga ik in op de vraag van de VAD om hier kort het woord tot u te richten.Ook al ben ik daarvoor even moeten ontsnappen uit de wekelijkse vergadering van de Bestendige Deputatie, toch vond ik het belangrijk om u hier namens het provinciebestuur van Antwerpen welkom te heten.

Dit provinciehuis staat al jarenlang niet enkel ten dienste van het provinciebestuur zelf en al het personeel dat hier werkt. Het is ook traditie dat dit gebouw ter beschikking gesteld wordt van de gemeenschap, onder meer voor belangrijke congressen zoals datgene dat hier vandaag plaatsvindt.

Een congres dat even stil wil staan, achterom kijken én een blik op de toekomst werpen : dat is misschien wel de ware zin van een samenkomst zoals deze. Elk van ons heeft immers zijn of haar drukke werkzaamheden, en krijgt op gelegenheden zoals dit congres de kans om eens halt te houden, en eens na te denken over de richting die we uitgaan.

Dat de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen u daartoe heeft bijeengebracht is natuurlijk een prestatie op zich. Maar nog veel belangrijker is het dat de VAD ondertussen al 10 jaar lang aan een gerichte aanpak van alcoholproblemen op het werk timmert. Elk van ons die het geluk heeft om te kunnen werken brengt namelijk een groot deel van zijn beste jaren op het werk door. Dat wil zeggen dat het van groot belang is om niet alleen de arbeidsvoorwaarden, maar ook de arbeidsrisico's zo goed mogelijk te bewaken. U weet allemaal dat misbruik van alcohol en andere drugs daar een onderdeel van is.
Het provinciebestuur is als werkgever zelf ook betrokken bij dit thema. Aangezien er alleen al in dit gebouw honderden mensen werken, hebben ook wij een verantwoordelijkheid ten aanzien van dit thema. Onder meer via het gebruikelijke kanaal van het Comité Veiligheid en Gezondheid, maar meer in het bijzonder ook via het Provinciaal Veiligheidsinstituut. Het Veiligheidsinstituut is trouwens mede-organisator van deze bijeenkomst, en de directeur ervan, de heer Voet, treedt vandaag op als dagvoorzitter.
Het engagement van het provinciebestuur reikt echter verder dan dat. Sinds enkele jaren beschikken we over nog een andere organisatie, waarmee vooral in de welzijnssector heel wat activiteiten ontplooid worden. In het sociale beleid van dit bestuur neemt die 'Stichting Welzijnszorg' een belangrijke plaats in. De Stichting is sinds '92 ook op het terrein van de alcohol- en drugpreventie actief. Ze werkt daarvoor overigens vanuit eenzelfde visie als de VAD. Bovendien is er een nauwe band met de Vereniging, doordat haar preventiewerkers, die halftijds ook voor de Vlaamse Gemeenschap werken, in die opdracht begeleid worden door de VAD.

Het preventieproject van de Stichting is op drie werkterreinen gericht : het onderwijs, de gemeentebesturen en O.C.M.W.'s, en de horeca, vooral die waar veel jongeren hun vrije tijd doorbrengen. Uit deze keuze voor 3 prioritaire actieterreinen blijkt dat we ons met de Stichting niet uitsluitend hebben willen richten op jongeren alleen, als het om drugs en verslaving gaat. De keuze om ook voor lokale besturen te werken heeft juist alles te maken met de intentie om ook volwassenen te betrekken in het preventiewerk. Al te gemakkelijk worden verslavingsproblemen immers afgeschoven op jonge mensen, en wordt er dan impliciet of expliciet van uitgegaan dat het drugprobleem *enkel* een probleem van jongeren zou zijn.

Het verbaast soms hoe wij volwassenen daarbij lijken te vergeten dat het gedrag van deze jonge mensen het produkt is van hun genetisch-biologische constellatie, de opvoeding die ze gekregen hebben, het milieu waarin ze terechtkomen en de ruimere maatschappelijke situatie.

Over elk van deze factoren valt veel te zeggen. Ik ga dat niet doen, aangezien er in deze zaal specialisten aanwezig zijn die dit thema vanzelfsprekend beter kennen dan ikzelf. Twee kleine bedenkingen wil ik wel hardop uitspreken :

1. hoe belangrijk het thema 'alcohol en werk' ook is, laat ons niet vergeten dat elk menselijk gedrag het resultaat is van veel factoren, ook maatschappelijke zoals het *ontbreken* van werk en vooral het ontbreken van een reëel perspectief op persoonlijke ontwikkeling en welzijn. Op een congres over 'alcohol en werk' mag dit thema 'alcohol en geen werk' niet onvermeld blijven.

2. Uit gegevens over het gebruik van alcohol doorheen de geschiedenis blijkt dat alcohol, net zoals andere potentieel verslavende middelen, vaak juist gebruikt wordt buiten de werksituatie, namelijk om de scheiding tussen 'werken' en 'privéleven' te bevestigen. Wie van ons heeft nog nooit, na een drukke en slopende werkdag, de vrije tijd ingeleid met één of ander glas alcohol ? De samenhang tussen werken en alcohol kan dus ook opengetrokken worden tot andere aspecten van het dagelijks bestaan. Omgekeerd kan namelijk ook : drankmisbruik buiten de werkuren kleurt immers vroeg of laat ook op de werkprestaties af.
   De verantwoordelijkheid voor het wel-zijn van werknemers strekt zich daarom ook verder uit dan de werkuren in strikte zin. Waarmee ik niet wil suggereren dat alles wat buiten de werkuren fout loopt, de 'schuld' zou zijn van de werkgevers ... !

Elke zinvolle inspanning voor preventie moet dus rekening houden met het samenspel van die factoren, en mag niet voorbijgaan aan de rol die volwassenen spelen door het voorbeeld dat ze geven.

Juist omwille van deze ruimere samenhang, heeft de Stichting Welzijnszorg ervoor gekozen om in haar preventieproject ook aandacht te hebben voor de rol van volwassenen. Vanuit de positie en de taken van het provinciebestuur gezien, ligt het dan nogal voor de

hand om ten aanzien van de lokale besturen ondersteunend op te treden. Dat is ook wat we met de Stichting in ditzelfde provinciehuis op 3 mei gaan doen. Op een namiddagcolloquium zal dan een publicatie worden voorgesteld, waarin op een gemeentelijk preventiebeleid wordt ingegaan. Op die manier hopen we vanuit de Stichting een bijdrage te leveren aan het systematiseren en versterken van de inspanningen die nu hier en daar al op gemeentelijk vlak geleverd worden. Een soortgelijke leidraad, maar dan voor een preventiebeleid in scholen, is hier vorig jaar (ook op 3 mei) door de Stichting voorgesteld, en heeft sindsdien ruime ingang gevonden in onderwijskringen, tot zelfs ver buiten de provincie Antwerpen.
Ten slotte nog iets over een derde invalshoek waarlangs het provinciebestuur bij het preventiebeleid betrokken is. In uitvoering van een recente beleidsbrief van de bevoegde Vlaamse minister, zijn op dit ogenblik op provinciaal niveau volop besprekingen aan de gang om als provincie een coördinerende rol te gaan spelen ten aanzien van de vele preventiewerkers die in de provincie actief zijn. Daarvoor wordt aan een driejarenplan gewerkt, waarin de opdrachten worden uitgeschreven die concreet onder die coördinatie zullen vallen. Tegen de zomervakantie zal dit alles naar verwachting afgerond kunnen worden, waarna we hopelijk zo snel mogelijk concreet aan de slag zullen kunnen gaan. Want dat er nood is aan onderlinge afstemming, werkoverleg en andere vormen van coördinatie op dit terrein is mij duidelijk. Onder meer in uitvoering van de veiligheids- en preventiecontracten met steden en gemeenten, maar ook vanuit andere hoeken, zijn er ondertussen immers nogal wat preventiewerkers actief. En jammer genoeg moeten wij soms vaststellen dat die niet allemaal even doordacht en weloverwogen tewerkgaan of tewerk kunnen gaan. Alleen al het creëren van goede kanalen voor het uitwisselen van ervaringen en informatie is daarom nuttig - maar we willen meer doen. Er is bijvoorbeeld ook nood aan een betere afstemming van het onderzoek naar druggebruik en preventie, zodat preventiewerkers hun werkzaamheden beter kunnen onderbouwen met relevante gegevens over de factoren die tot misbruik leiden. Er zijn ook inspanningen nodig om een visie zoals die van de VAD op preventiewerk ingang te doen vinden, waardoor veel eenmalige en soms erg oppervlakkige preventie-initiatieven meer impact kunnen krijgen.

Geachte aanwezigen, ik heb u niet willen vermoeien met een thema dat slechts zijdelings met het eigenlijke thema van deze dag te maken heeft. Ik heb u wel willen aantonen hoe ook wij als provinciebestuur actief zijn op dit brede terrein van drugpreventie. Ik heb het daarbij dan nog niet gehad over onze betrokkenheid bij hulpverleningsinitiatieven, of over de besprekingen die er bijvoorbeeld gevoerd worden in de sector van de geestelijke gezondheidszorg, om tot een duidelijker engagement ten aanzien van drugverslaafden te komen. Maar dat zijn misschien thema's voor een andere bijeenkomst.
Laat mij u voor dit congres alvast een aangename dag wensen, en veel succes met de inspanningen die u zelf levert in verband met het thema 'alcohol en werk'.

❑ Inventaris van een alcohol- en drugbeleid in de onderneming
VAD-contacten 1985-1994

eerste voorlopige resultaten

Mevr. Marie-Claire LAMBRECHTS
coördinator sector arbeid - VAD
Dhr. Frank LENDERS
stafmedewerker - VAD

◎ VOORAF

Bijgevoegde tekst is een samenvatting van de eerste voorlopige resultaten van de inventaris. Ze beperkt zich tevens tot de grote lijnen ervan. Enkel de belangrijkste tabellen en data worden opgenomen.
Een uitvoerige publicatie is bij de VAD te verkrijgen.

◎ METHODE

Wat is deze inventaris niet (geworden) ?

• het is geen representatieve toevallige steekproef : de vragenlijst werd immers verstuurd naar alle (geregistreerde) contacten van de VAD tussen 1985 en medio 1994. Het feit dat dit contact er was, getuigt van een minimum aan interesse voor de problematiek.

• bemerkingen m.b.t. de methodologie : de lengte en de moeilijkheidsgraad van de enquête hebben hun weerslag gehad op de respons alsook op de kwaliteit ervan.
Hierbij hebben respondenten vooral te kampen gehad met de onduidelijkheid rond de term 'alcohol- en drugbeleid'. Door de VAD wordt dit - gezien haar visie op deze thematiek - meestal als een geheel gezien; voor de respondenten echter maakte dit de zaak niet makkelijker.

• het al dan niet hebben van een uitgeschreven alcohol- en drugbeleid in de vorm van een beleidsdocument werd zeer divers geïnterpreteerd. Zo was het onduidelijk of het hier om een specifiek alcohol- en drugbeleidsdocument ging dan wel enkel over de gekende arbeidswetgeving terzake of bepalingen in het Arbeidsreglement.

Wat is deze inventaris dan wel (geworden) ?

Na een periode van bijna tien jaar wilde de VAD-sector arbeid in eerste instantie een zicht krijgen op de bedrijven die haar contacteerden en enige respons hebben op haar eigen interventies. Bijgevoegde resultaten geven een eerste goed beeld van het type van ondernemingen dat op het vlak van de alcohol- en drugthematiek initiatieven ontwikkelde. We zien ook in welke mate dit op een beleidsmatige manier gebeurde en welke de hiaten en wenselijkheden hierbij zijn.

❐ RESULTATEN

De 700 contacten die aangeschreven werden, leverden een 550-tal bedrijven op (na aftrek van verloren gegane contacten/contacten in hetzelfde bedrijf e.d.).
136 vragenlijsten kregen we tijdig terug (bijna 25%).

Naast een steekkaart van de bedrijven zijn er de volgende indelingen :

- beschikbaarheid van alcohol
- signalen van problematisch gebruik
- interventies
- introductie van een beleid
- voorlichtings- en vormingsactiviteiten
- resultaten

Telkens worden de belangrijkste resultaten op een rijtje gezet gevolgd door een korte conclusie.

❐ TECHNISCHE FICHE

***Tabel 1* : Bedrijfstak waartoe de respondent behoort**

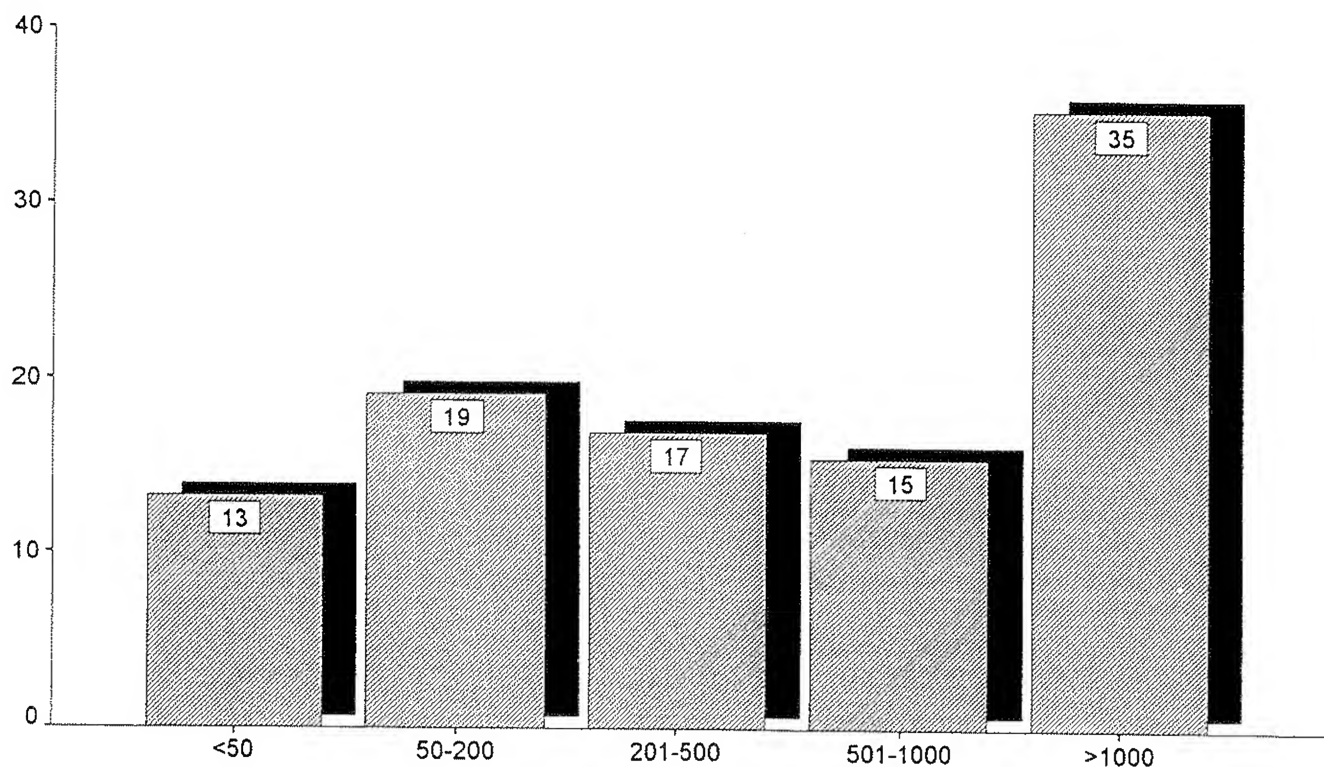
BEDRIJFSTAK	aantal	%
land- en tuinbouw	2	2
industrie	55	40
openbare nutsbedrijven	15	11
bouwnijverheid en installatiebedrijven	6	4
handel, hotel- en restaurantwezen	2	2
transport-, opslag- en communicatiebedrijven	4	3
bank- en verzekeringswezen	8	6
overige dienstverlening	44	32
TOTAAL	136	100

Koploper bij de respondenten is zeer duidelijk de industriële nijverheid.
In overige dienstverlening zit onderwijs, openbare besturen, leger, medisch-, sociaal-culturele instellingen e.d. vervat.

In 56% van de bedrijven werkt minder dan 5% deeltijds.
In 57% van de bedrijven zijn geen werknemers in buitendienst actief.

Figuur 1 : Percentage bedrijven in de bevraging volgens aantal personen werkzaam

De definiëring van een Kleine en Middelgrote Onderneming voor wat betreft het aantal werknemers wordt nogal verschillend gehanteerd (soms < dan 50, soms < dan 100 werknemers). Om een praktisch overzicht te verkrijgen opteerden wij voor de opdeling < dan 50 werknemers en bedrijven met 50 tot 200 werknemers.



Tabel 2 : Aanwezigheid van bepaalde diensten in het bedrijf

DIENSTEN	aantal	%
ondernemingsraad	93	68
comité V.G.V.	116	85
personeelsdienst	113	83
sociale dienst	68	50
eigen bedrijfsgeneeskundige dienst	40	29
externe bedrijfsgeneeskundige dienst	79	58

Het al dan niet aanwezig zijn van bovenstaande diensten heeft uiteraard ook te maken met de wettelijke voorschriften dienaangaande.

Tabel 3 : Waarom zocht men contact met VAD ?

AANLEIDING	aantal	%
informatievraag	78	57
crisisvraag	13	10
opstarten alcoholbeleid	36	27
deelname aan seminarie	34	25
deelname aan congres	28	21
deelname aan vorming	25	18
deelname andere enquête	8	6

Negen respondenten (7%) konden niet meer achterhalen waarom zij contact zochten met VAD of beweerden nooit contact te hebben gehad met VAD.

Het totaal van de percentages is meer dan 100 % omdat er meerdere antwoorden mogelijk waren.
De informatievraag vormt met 57 % de grootste groep, gevolgd door de vraag voor opstarten van een alcoholbeleid, en deelname aan seminaries. De crisisvraag komt met 10 % op de voorlaatste plaats. De vraag dient hier gesteld in welke mate een infovraag een verhulde crisisvraag kan geweest zijn.
Het informeren naar een hulpverleningsorganisatie kan het rechtstreekse gevolg zijn van een acute situatie in een bedrijf.

Tabel 4 : ***Welke informatie- en crisisvragen worden er gesteld ?***

MIDDEL(EN)	informatievraag (%)	crisisvraag (%)
enkel over alcohol	31	8
enkel over drugs	2	0
over alcohol en drugs	12	1
over alcohol, drugs en medicatie	10	1

Wanneer we de informatie- en crisisvraag in detail bekijken blijkt er meer nood te zijn aan informatie over alcohol dan over drugs. Nochtans kan men verwachten dat de kennis over drugs kleiner is.
Wellicht wordt men minder met het gebruik van drugs geconfronteerd.

CONCLUSIE STEEKKAART

De bedrijven in onze bevraging zijn voornamelijk grote bedrijven - type industrie en maken vaak deel uit van een multinational.
Dit uit zich wellicht ook in het feit dat op het totaal aantal werknemers er 2/3 arbeiders zijn.
De syndicalisatiegraad bedraagt 64%.
Er is weinig interesse vanwege Kleine en Middelgrote Ondernemingen.

Men contacteert de VAD vooral voor informatievragen en advies bij het opstarten van een beleid.

❐ BESCHIKBAARHEID VAN ALCOHOL

Op de vraag of er in het bedrijf alcohol gedronken wordt bij recepties, andere feestelijkheden, tijdens pauzes en tijdens de lunch wordt meestal ja geantwoord. Bij feestjes is dit in 50% van de gevallen altijd het geval. Het drankgebruik tijdens de werktijd (excl. pauzes) scoort laag (in 80% van de gevallen nooit, in 16% soms).

In totaal is in 113 bedrijven (83%) een kantine aanwezig.

Tabel 5 : Zijn volgende dranken verkrijgbaar in bedrijven met een kantine (n=113)

SOORT DRANK	aantal	%
bier	60	53
wijn	33	29
gedistilleerde dranken	4	4
niet-alcoholische dranken	112	99

Slechts in 3% werden de prijzen aangepast ten gunste van niet-alcoholische dranken.

In 2/3 van de bedrijven bestaan er afspraken m.b.t. het drankgebruik tijdens de pauzes.
In 3/4 van de bedrijven bestaan er, niet altijd schriftelijk vastgelegde, afspraken m.b.t. het drankgebruik tijdens de werktijd.
Wellicht heeft dit laatste vaak te maken met de ongeschreven wet dat er tijdens de werktijd niet gedronken kan en mag worden.

❐ SIGNALEN VAN PROBLEMATISCH GEBRUIK

Gezien de moeilijkheid van de vragenlijst dienen wij ons hier te beperken tot de antwoorden m.b.t. alcoholgebruik.

In 1 op 2 gevallen herkent men signalen van problematisch alcoholgebruik.

Tabel 6 : Waargenomen signalen door respondenten of anderen in het bedrijf, wijzend op een alcoholprobleem

SIGNALEN	aantal	%
maandag- of ziekteverzuim	63	46
afwezigheden	59	43
prestatievermindering	71	52
meer ongevallen	20	15
uiterlijke kenmerken	99	73
klachten buitenstaanders of cliënteel	32	24
verstoorde relaties met collega's	81	60

Vooral uiterlijke kenmerken en verstoorde relaties met collega's worden hier het vaakst vermeld. Ook de afwezigheden - al dan niet gecombineerd met/gemaskeerd door ziekteverzuim scoren hoog.

Verhouding probleemgebruikers alcohol / illegale drugs / medicatie :

100 : 5 : 20

Alcohol is veruit de belangrijkste drug, medicatie een onderschat probleem.

Tabel 7 : De persoon of dienst door wie de signalering werd gedaan

DIENST / PERSOON	aantal	%
niemand	39	29
management	12	9
directe chef	69	51
personeelsdienst	25	18
bedrijfsgeneeskundige dienst	23	17
sociale dienst	14	10
veiligheidsdienst	6	4
vakbondsafgevaardigden	14	10
collega's	54	40
werknemer zelf	16	12
familie	20	15

Leidinggevenden en collega's scoren hier wel bijzonder hoog, wellicht omwille van hun directe betrokkenheid.

*Tabel 8 : **Situaties waarin er in het bedrijf opgetreden wordt***

SITUATIE	aantal	%
niet aan de orde geweest	44	32
bij acute probleemsituaties	31	23
bij chronische probleemsituaties	16	12
bij acute en chronische situaties	45	33

Acute probleemsituaties maken het merendeel van de signalementen uit. Veiligheidsoverwegingen spelen hier wellicht een belangrijke rol (gezien het percentage respondenten uit de industrie - met veiligheid als topprioriteit - niet zo vreemd).

Tabel 9 : ***Meest bevoegde persoon/dienst in het bedrijf waar men met alcoholproblemen terecht kan***

PERSOON / DIENST	aantal	%
management	13	10
directe chef	20	15
personeelsdienst	37	27
bedrijfsgeneeskundige dienst	76	56
sociale dienst	43	32
veiligheidsdienst	7	5
collega's	9	7
familie	3	2

De zgn. interne hulpverleners worden duidelijk als de meest bevoegde personen aangewezen waarbij werknemers met een alcoholprobleem terecht kunnen. Dit heeft waarschijnlijk ook te maken met de veel voorkomende opvatting in bedrijven waarbij men alcoholproblemen veelal individualiseert en medicaliseert.
Een verwijzing naar de hulpverlening ligt hierbij in het verlengde.

Tabel 10 : Gesprekken met de werknemer

PERSOON / DIENST	aantal	%
geen gesprekken gehad	36	27
door bedrijfsarts	72	53
door directe chef	57	42
door sociaal assistent(e)	41	31
door personeelschef	43	32

Dient aangestipt dat in veel bedrijven gesprekken met de probleemdrinker eerder vrijblijvend zijn en vaak lang na de feiten. Uit menselijke overwegingen gaat men een gesprek aan ("want dit kan toch niet meer langer" en "je moet er wat aan doen") maar opvolging ervan gebeurt meestal niet. Vaak wordt er ook gedreigd met sancties die echter meestal niet uitgevoerd worden (of pas op moment van een zeer ernstige fout).

Tabel 11 : Genomen disciplinaire maatregelen t.a.v. de probleemgebruiker

MAATREGELEN	aantal	%
geen maatregelen	51	38
waarschuwing	75	55
schorsing	14	10
onbepaalde tijd naar huis sturen	15	11
overplaatsing	8	6
ontslag	24	18

Ook hier blijkt weer dat het nemen van sancties (weliswaar als enige maatregel) met de nodige schroom gebeurt. Persoonlijke overwegingen spelen hierin zeker een rol.

Voor onbepaalde duur naar huis sturen gebeurt meestal bij acute dronkenschap en impliceert niet per definitie een schorsing van het contract of hoeft niet het inhouden van loon als gevolg te hebben.

Hier blijkt ook uit dat men vrij lang wacht met een tijdelijke of definitieve verwijdering van de werkvloer. Hoewel ontslag hier toch vrij hoog scoort moet het duidelijk zijn dat ontslag altijd het einde van een reeks van maatregelen dient te zijn (wanneer andere sancties uitgeput zijn).

Tabel 12 : ***Verhouding doorverwijzingen naar externe hulpverleningsorganisaties alcohol / illegale drugs / medicatie.***

100 : 11 : 2

In 55% wordt er informatie gegeven over zowel de interne hulpverleningskanalen als externe organisaties.
In 46% worden werknemers met een 'alcoholprobleem' doorververwezen naar een hulpverleningsinstelling.
In 23% gebeurt dit verplicht.

In 87% van de bedrijven vindt er een registratie plaats van oorzaken van arbeidsongevallen. Bij ziekteverzuim gebeurt dit in 45%.

Wordt er in uw bedrijf getest op het gebruik van alcohol-, illegale drugs of medicatie?

- **testen bij selectie**

Bij selectie worden in 2,9 % van de gevallen testen uitgevoerd. Hierbij werd er altijd voor alcohol, en illegale drugs getest in veiligheidsfuncties.
In 97,1 % is er geen testing.

- **testen op alcohol- of druggebruik bij aanwerving**

In 9,6 % van de gevallen wordt een testing uitgevoerd. In 90,4 % is er geen testing.
Indien er getest wordt, wordt er in 87,5 % van de gevallen getest op alcoholgebruik. In 75 % van de gevallen wordt er getest op illegale druggebruik.

- **testen bij werkpostverandering**

In 98,5% wordt er niet getest. In 1,5 % wordt er wel getest. Het gaat dan uitsluitend om veiligheidsfuncties. Het gaat steeds om tests naar alcohol- en illegale druggebruik.

- **testen bij vermoeden van gebruik**

Bij vermoeden van gebruik wordt in 19,9 % van de gevallen getest. Het gaat hierbij steeds om tests naar alcoholgebruik, soms in combinatie met illegale drugs of medicatie. Er werd geen testing gemeld naar uitsluitend illegale druggebruik of medicatie.

- **testen na arbeidsongeval**

Slechts in 0,7 % van de gevallen wordt bij een arbeidsongeval getest naar alcoholgebruik.

- **random alcohol- en drugtest**

In 5,1 % van de bedrijven worden er toevalsgewijze tests uitgevoerd naar alcohol- en/of illegale druggebruik. Dit percentage valt uiteen in: uitsluitend alcohol: 1,5 %; uitsluitend illegale drugs: 0,7 %; zowel alcohol als illegale drugs: 0,7; zowel alcohol, illegale drugs als medicatie: 2,2%.
In 94,9 % van de gevallen worden geen random tests uitgevoerd.

Meestal wordt er niet getest tenzij bij vermoeden van gebruik waar dit in 20% van de gevallen gebeurt.
Opvallend is ook dat er bij arbeidsongevallen haast nooit getest wordt op het gebruik van middelen. Wordt hier geen link gelegd met problematisch alcoholgebruik of maakt de huidige wetgeving dit onmogelijk ?
Dit laatste kan bij de andere situaties tevens in overweging genomen worden.

De helft van de bedrijven denkt met het huidige personeelsbeleid adequaat te kunnen reageren op problematisch gebruik.
De mate waarin men een uitgeschreven alcoholbeleid heeft is onduidelijk. Zoals hoger aangegeven werd dit door de respondenten verschillende geïnterpreteerd.

In 84 bedrijven (62 %) was geen beleid uitgewerkt.
Als we in detail kijken naar de diensten (52) waar wel een beleid was uitgewerkt, spelen volgende actoren hierin een rol.

***Tabel 13* : Diensten die het alcoholbeleid voor het bedrijf mee uitwerkten**

DIENSTEN	aantal	%
management	22	42
personeelsdienst	32	62
bedrijfsgeneeskundige dienst	29	56
sociale dienst	12	23
veiligheidsdienst	11	21
vakbonden	8	15
O.R.	2	4
C.V.G.V.	6	12

In veruit het merendeel van de bedrijven heeft het beleid het fiat van de bedrijfsleiding én van de vakbonden. Dit laatste heeft wellicht weer te maken met de herkomst van de respondenten waar paritaire overlegorganen zeer nadrukkelijk aanwezig zijn.
Het spreekt voor zich dat de mate waarin dit beleid ondersteund wordt de kans op slagen aanmerkelijk verhoogt.

***Tabel 14* : De aanleiding om een beleid te maken**

probleemsituaties	53 %
bestaand beleid moederbedrijf	26 %
actie in het kader van het C.V.G.V. (jaarlijks actieplan)	22 %
andere redenen	22 %

In 84 van de 136 bedrijven was geen beleid uitgewerkt. Van de resterende bedrijven die wel een beleid hebben was in 53 % een probleemsituatie de of één van de aanleidingen. In 26 % kreeg het beleid gestalte binnen o.a. het kader van een bestaand beleid van een moederbedrijf. In 22 % was dit binnen het kader van het C.V.G.V en eveneens omwille van andere redenen.

<u>Tabel 15</u> : elementen die volgens de bedrijven wenselijk zijn in een alcoholbeleid (%)

ELEMENTEN	%
betere voorschriften m.b.t. gebruik tijdens diensturen	84
duidelijke afspraken over sancties bij overtreding hiervan	83
strikte uitvoering van de sancties	72
voorlichting aan elke werknemer	85
bijscholing voor probleemgebruikers	78
alcoholverbod in de kantine	58

Bemerking :
- alcohol en drugs worden hier in de bespreking samen genomen alhoewel sommige bedrijven wellicht in het ene geval alcohol in het andere geval illegale drugs bedoelen
- met 'duidelijkheid sancties' wordt bedoeld duidelijke afspraken over sancties bij overtreding van de voorschriften

Het enige dat hier minder scoort is de wenselijkheid naar een alcoholverbod in de kantine.

Tabel 16 : ***Reeds georganiseerde voorlichtingsactiviteiten in het bedrijf inzake alcoholgebruik***

ACTIVITEITEN	aantal	%
geen activiteiten	64	47
verspreiding folders	38	28
verspreiding affiches	40	29
voordrachten	19	14
videovoorstellingen	17	13
trainingen	13	10
artikel(s) in bedrijfspers	27	20

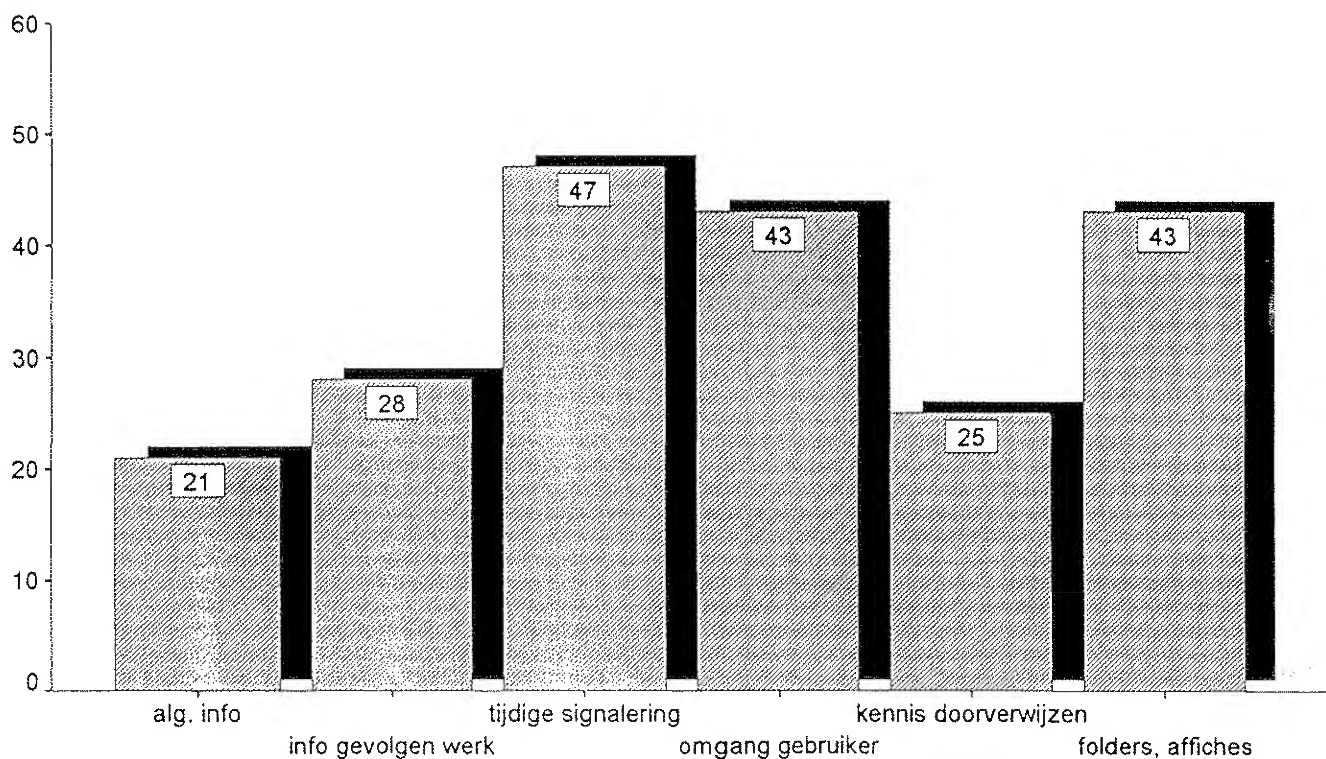
De kennisoverdracht - voornamelijk via geschreven informatiemateriaal - is hierbij prioritair. Wanneer bedrijven voorlichtingsactiviteiten plannen omtrent het gebruik van alcohol en andere drugs hanteert men nog steeds de verspreiding van affiches en folders als de aangewezen strategie.

De bedrijfsgeneeskundige dienst en ook wel de veiligheidsdienst zijn voor de vormings-initiatieven de meest aangewezen diensten.
In geen geval wordt dit als een opdracht voor de bedrijfsleiding gezien.

In 25% is er een specifiek budget beschikbaar.

- In 74% van de bedrijven met een uitgewerkt beleid kon men de oorspronkelijk geplande activiteiten doorvoeren.
- De bespreekbaarheid van alcohol is in 18% van de gevallen niet, in 45% een beetje en in 37% veel vermeerderd.
- In 70% is het bevoegde personeel beter in staat om met de problematiek om te gaan.
- Het herkennen van probleemgebruikers door het invoeren van een beleid wordt met 57% verhoogd.
- Wat het gebruik van alcoholische dranken betreft : in 21% werd er geen vermindering, in 42% wel een vermindering gemeld. 36% weet het niet.

***Figuur 2** : % van bedrijven dat **onvoldoende** beschikt over volgende elementen :*



WETGEVING

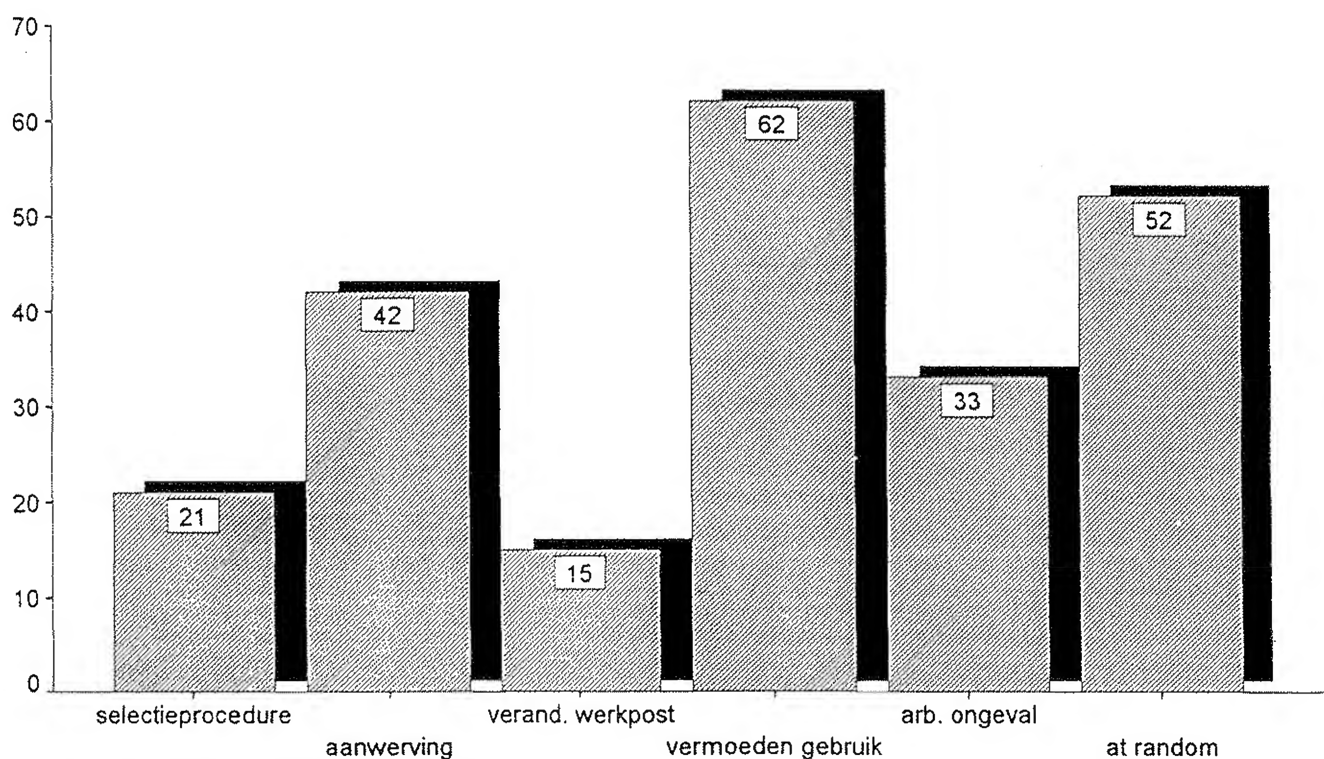
42% van de respondenten vindt dat er voldoende wetgeving (ARAB/verkeerswetgeving/E.V.R.M./A.R.) beschikbaar is.

Wanneer dit niet het geval is, vindt (meerdere antwoorden mogelijk) :

- 17% een expliciet verbod van alcoholische dranken wenselijk
- 16% een uitbreiding van de sanctiemogelijkheden wenselijk
- 61% een verplichting voor het management tot het nemen van preventie-initiatieven wenselijk
- 74% een uitbreiding van de A.R.A.B. wenselijk.

INTRODUCTIE VAN TESTING WENSELIJK IN VOLGENDE SITUATIES

__Figuur 3 :__ ***% bedrijven dat vindt dat de huidige wetgeving niet voldoende is en testing wenst in volgende situaties***



❐ EERSTE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- **gebrek aan gedegen wetenschappelijk onderzoek**

De inventaris is een stand van zaken van hoe bedrijven geconfronteerd worden met de alcohol- en drugthematiek, in welke mate ze dit als een probleem ervaren en wat ze eraan doen. Behalve het feit dat er aanvoelen is dat de alcoholproblematiek beduidend groter is dan de illegale drug- of medicatieproblematiek, is er geen aanduiding van de omvang en de aard van het gebruik/misbruik van alcohol en andere drugs op het werk in België, Vlaanderen.
Er is geen globaal Belgisch onderzoek voorhanden dat aangeeft in welke mate de Belgische werknemer anno 1995 drinkt of dat eventueel op het werk gebeurt, of er bepaalde risicogroepen zijn, of er trends in dat drankgebruik te constateren zijn enz.

Een preventieve aanpak zou moeten kunnen gebaseerd zijn op degelijk wetenschappelijk onderzoek.

- **aandacht voor deze thematiek in grote bedrijven**

Het zijn voornamelijk grote bedrijven die rond de alcohol- en drugthematiek initiatieven ontwikkelen. Verschillende redenen kunnen hier aan de basis liggen :

  - de noodzaak/behoefte aan uitgestippelde procedures
  - de aanwezigheid van diverse structuren en diensten
  - de druk om de 'policies' vanuit het moederbedrijf te volgen

- **alcoholgebruik gelieerd aan positieve gebeurtenissen en zelden tijdens de werktijd**

- **interventies :**

  - alcoholproblemen komen het meest voor
  - meestal in een acute situatie
  - doorverwijzing naar de zgn. 'interne hulpverleners'
  - testing : weinig behalve bij vermoeden van gebruik

- **een uitgewerkt alcohol- en drugbeleid is eerder zeldzaam**

  - geïsoleerde initiatieven
  - probleemsituaties liggen aan de basis
  - kennisoverdracht als strategie
  - resultaten naar bespreekbaarheid en herkenning
  - wenselijkheid introductie testing

❐ Studies omtrent werk en alcoholgebruik in Vlaanderen

Prof. Dr. Eric ROSSEEL
Vrije Universiteit Brussel

VUB-Centrum voor Sociologie
VUB-Medisch-Sociale Wetenschappen
VAD-Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen

Met een onderzoekskrediet van de Onderzoeksraad OZR van de Vrije Universiteit Brussel

Redactie :

ERIC ROSSEEL, arbeidspsycholoog VUB
FRED LOUCKX/LUC DELIENS, gezondheidssociologen VUB
MARIE-CLAIRE LAMBRECHTS, stafmedewerker VAD

De hier vermelde studies naar de niet zo eenvoudige relatie 'werk en alcohol' werden mogelijk gemaakt door een onderzoekskrediet toegestaan door de Onderzoeksraad (OZR) van de Vrije Universiteit Brussel. Het krediet werd toegekend voor 1994. Er werd afgezien van de opzet van één groot onderzoek, dat gezien de omvang van het onderzoekskrediet en het ontbreken van personeelskredieten, de gestelde verwachtingen niet zou kunnen waarmaken. Integendeel werd geopteerd voor een mozaïek van kleinere deelstudies, die samengebracht, vermoedelijk meer inzicht en perspectieven zouden bieden dan één grootschalig onderzoek.

Onderhavige studies vertrekken vanuit een zelfde bekommernis : een einde maken aan het gebrek aan wetenschappelijke kennis in België omtrent werk en aspecten van de werksituatie (zoals kwaliteit van de arbeid) enerzijds en alcohol- en druggebruik (pijnstillers en kalmeermiddelen met name) anderzijds. De gegevens die de Belgische onderzoekers ter beschikking staan beperken zich tot statistisch cijfermateriaal dat niet verzameld is om de preciese relatie tussen alcohol en werkgedrag na te gaan. Meestal gaat het om afgeleide gegevens voortkomend uit cijfers m.b.t. ziekteverzuim en arbeidsongevallen.

Doorgaans geven dergelijke studies ons weinig inzicht in het feitelijke alcoholgedrag van de werknemer, noch van de modale werknemer noch van de werknemer die als een probleemdrinker door het leven gaat. Deze cijfers laten evenmin uitspraken toe over de evolutie van het drinkgedrag op de werkplaatsen en in de professionele sferen. Het is derhalve onze bedoeling om stilaan te komen tot een corpus over kwalitatief gedegen onderzoeksmateriaal omtrent de relatie werk-alcohol. Met de middelen die ons ter beschikking stonden hebben we geopteerd voor een reeks op het eerste zicht fragmentaire studies. Deze studies concentreren zich hoe dan ook op één van de volgende twee facetten :

- EEN BESCHRIJVING VAN HET WERKELIJK ALCOHOLGEBRUIK IN HET LEVEN VAN (EEN SELECT AANTAL) WERKGEMEENSCHAPPEN EN ORGANISATIES.

- DE DETERMINANTEN VAN EXCESSIEF ALCOHOLGEBRUIK (INDIVIDUELE PREDISPOSITIE, STRESSERENDE TAAKKENMERKEN OF ORGANISATIECULTUUR).

Het eerste deel van onderhavig rapport betreft een exploratieve studie omtrent de drinkgewoonten in een aantal werk- en beroepsgemeenschappen die, zowel door menige deskundigen als door de publieke opinie, met overmatig drankgebruik worden geassocieerd. Meer in het bijzonder werd aandacht besteed aan werknemers werkzaam in brouwerijen en in het bouwbedrijf, aan journalisten en aan politici (tijdsgebrek heeft ons evenwel belet deze laatste groep voldoende diepgaand te bestuderen). Het tweede deel vormt een verslag van een enquête-studie waarin alcoholgebruik deel uitmaakt van de reacties op zowel positieve als negatieve opwindingstoestanden op het werk (successen, negatieve werkstress, e.d.). Het derde deel, tenslotte, neemt wat afstand van de eigenlijke werksituatie en is een verslag van een vooronderzoek naar de motivationele en situationele aspecten van matig en excessief alcoholgebruik.

Eindconclusies

De hierboven gerapporteerde studies naar de relatie 'werk en alcoholgebruik' laten uiteraard niet toe een volledig zicht te krijgen op de realiteit en de problematiek van het drankgebruik in de context van de werksituatie en de professionele sfeer. Maar ongetwijfeld vullen ze, gezien het quasi-totaal gebrek aan systematisch onderzoek naar 'werk en alcohol' in België, een leemte en vormen ze een eerste aanzet voor nieuwe initiatieven die ook voor hen, die meer met de beleidsmatige aanpak bezig zijn, niet zonder belang zijn.
Wij zullen hier niet overgaan tot een samenvatting van de fragmentaire onderzoeksresultaten die onze drie deelonderzoeken hebben opgeleverd. Wel menen we toch belangrijke punten naar voren te mogen schuiven die als uitgangspunt en werkhypothesen kunnen dienen voor verder meer systematisch en meer grootschalig onderzoek (zolang 'grootschalig' maar niet synoniem wordt met 'oppervlakkig').

1. We menen duidelijk te mogen stellen dat het alcoholgebruik op het werk meer en meer verschijnt als een positief moment dat een professioneel 'succes' van de werknemer of de werkgroep bekroont. Op deze manier wordt de cohesie binnen de werkgroep bevestigd. Anderzijds laat alcoholgebruik via kleine feestjes (van het type 'verjaardagsdrink') toe positieve momenten uit het persoonlijk leven met collega's te delen. Uit de onderzoeken valt op dat dit alcoholgebruik meer en meer de neiging heeft zich te verplaatsen na de eigenlijke werkuren (wat niet noodzakelijk betekent buiten de werklokalen).

Deze eerste tendens hangt o.i. samen met :

• het toegenomen belang van het werken in teamverband, waarbij problemen van interpersoonlijke afhankelijkheid op het werk via 'matig' maar soms ook 'stevig' drinken worden geregeld. Deze context leidt tot een vermindering van het zogenaamde 'solo-drinken' op het werk en een vermindering van het stiekem drinken wat ook te maken kan hebben met de voortschrijdende afbraak van de hiërarchische werkstructuren. De sociale controle op het werk wordt meer en meer door het team en minder en minder door de chef uitgeoefend.

• de vervrouwelijking van de werksfeer waardoor het drinkgedrag meer de vorm aanneemt van 'gelegenheidsdrinken' naar aanleiding van precieze gebeurtenissen. Drinken is minder en minder een norm zoals die vroeger zeer duidelijk eigen was aan werkgemeenschappen waar stoer 'mannelijk' gedrag een belangrijke rol speelde, wat zich dan vertaalde in continu drinken.

2. De toegenomen werkdruk, die in alle sectoren van het economisch leven merkbaar is, en niet in het minst in de postindustriële dienstensectoren, leidt duidelijk niet tot een verhoogd alcoholgebruik op het werk, integendeel. Belangrijker dan de toegenomen werkdruk als dusdanig is misschien de toegenomen 'mentalisering' van de arbeidsactiviteiten, zowel in de industriële sector als in de dienstensector. We bedoelen daarbij dat een performante taakuitvoering veel meer dan vroeger een veelzijdigheid van mentale en intellectuele operaties vereist die onverenigbaar is met alcoholgebruik. Dit geldt voor beroepen zoals journalisten, politici, maar ons inziens ook voor beroepen zoals bouwvakkers die veel meer dan vroeger 'cognitieve' (in plaats van louter fysieke) handelingen moeten verrichten (bijvoorbeeld compositie van geprefabriceerde onderdelen).

3. De in de arbeidspsychologische literatuur al te gemakkelijk gelegde relatie tussen werkstress en ongezondheidsgedrag (meer drinken, meer roken, etc.) moet ons inziens dan ook volledig worden herzien en gedifferentieerd in functie van de aard van de 'stress' en de aard van het 'ongezond gedrag'.

Toenemende werkdruk, waarbij mentale frisheid wordt geëist die door de werknemer volledig wordt geaccepteerd als een middel tot professioneel succes en arbeidsvreugde (cfr. de lokale TV-stations) creëert positieve stress die geenszins leidt tot neiging tot alcoholgebruik tijdens de werkuren. Dit betekent niet dat deze situatie voor wat betreft het gezondheidsgedrag van de werknemer nu plots ideaal moet worden voorgesteld. In veel van deze werkmilieus wordt hard gerookt en vooral enorm veel koffie gedronken. In sommige milieus (bijvoorbeeld de

reclamesector) mag vermoed worden dat het halen van deadlines met een kleine dosis amfetamine wordt gerealiseerd. In andere milieus vrezen we voor een oneigenlijk gebruik van geneesmiddelen (pijnstillers, lichte tranquillizers).

4. De mogelijkheid bestaat (en dit maakt het alcoholbeleid op het bedrijfsniveau bijzonder problematisch) dat de toegenomen werkdruk en de door ons geschetste 'mentalisering' van de arbeidsactiviteiten tot een verplaatsing van het alcoholprobleem leidt. We bedoelen daarmee dat de werknemer gedurende de werkweek 'zuiver' wordt, maar in zijn vrije tijd behoefte voelt aan een compensatie en een verlangen zich 'te laten gaan'. Met andere woorden, dat we stilaan Scandinavische toestanden benaderen, waarin in het weekend stevig gedronken wordt zonder dat de band met de werksituatie direct aanwijsbaar is.

5. Uit het geheel van onze fragmentaire studies kunnen we niet de indruk opdoen dat werkelijk pathologische probleemgevallen exclusief een resultaat zouden zijn van mistoestanden op het werk. Voor probleemdrinkers zal intense werkdruk ongetwijfeld een bijkomende belasting zijn die de spiraal van het probleemdrinken verder zal opwinden.

6. Voor de beleidsinterveniërende en hulpverlenende instanties stellen onze onderzoeken ons inziens een reëel probleem. Wanneer bevestigd wordt dat a) het 'normale' drinken een positieve groepscohesieve functie heeft en b) de probleemdrinker door toegenomen werkdruk verder in de problemen geraakt, wordt het voor de interveniërende instanties noodzaak een selectief alcoholbeleidsprogramma voor te stellen dat moet stoelen op een werkelijk inzicht van de bedrijfsverantwoordelijken in de betekenis van het alcoholgedrag in hun bedrijf.

❐ Alcohol en drugs op het werk : overzicht van de situatie in Europa

Resultaten van een ILO/EC studie.

Ir. D.A. BIJL
directeur Stichting ALCON
Zeist, Nederland

❐ INLEIDING

Stelt u zich een schip voor. Dat schip ligt aan drie ankers, waarvan twee aan de voorzijde en één aan de achterzijde. Voor degenen die iets van varen weten is het dan duidelijk; dat schip ligt stabiel, het ligt letterlijk goed verankerd. Wordt er nu een anker uit de grond getrokken, dan krijgt het schip al aardig wat bewegingsruimte. Wanneer het tweede anker eruit wordt gehaald kan het schip geheel rond draaien, maar is nog steeds te redden. Wordt echter ook het derde anker verspeeld, dan is er sprake van drijfhout. Het raakt op drift en zal stranden of ten ondergaan en kan onderweg nog heel wat problemen veroorzaken voor andere schepen[1].

Dat schip nu is symbolisch voor een mens. Analoog aan de drie ankers van het schip heeft een mens in onze cultuur ook drie ankers, drie maatschappelijke ankers. Het eerste is zijn partner, gezin en directe familie. Het tweede anker iemands woning, buurt en vrienden. Het derde anker is het werk.

Stel nu dat er een vliegende storm losbarst. Deze storm staat voor een alcohol- of drugprobleem. In de praktijk is maar al te vaak zichtbaar dat het eerste anker dat verspeeld wordt, het gezin is. Veelal samenhangend met dat eerste anker wordt daarna ook het tweede anker uit de grond getrokken. Wanneer ook het derde anker eruit wordt getrokken, dat wil zeggen dat betrokkene zijn baan kwijtraakt, dan is het zo goed als gedaan met de drinker.

Deze individuele problemen bezorgen ook de rederij, het bedrijf waar iemand werkt de nodige vervelende consequenties. Het inmiddels bekende rijtje gevolgen omvat verzuim, ongevallen, teruglopende produktiviteit en kwaliteit van het werk, een niet optimale werksfeer en in een enkel geval ook een slecht imago. Kortom, dat kost mensen en dat kost geld.

Deze gevolgen hebben aan de basis gelegen van de programma's die de laatste jaren in een aantal bedrijven zijn ontwikkeld. Tot op heden zijn het vooral grote ondernemingen, en uit hun midden speciaal de multinationals, die aandacht hebben voor alcohol en andere middelen. In deze organisaties geldt immers dat ook kleine percentages medewerkers met

[1] Vergelijking ontleend aan dhr. C. Bouwman, bedrijfsarts ESSO Rotterdam

problemen een fors aantal mensen kan betreffen. Bovendien zijn hier de ontwikkelingen van schaalvergroting, automatisering, produktiviteitsverhoging en kwaliteitsmanagement het verst gevorderd. Juist door die ontwikkelingen worden afwijkend gedrag en disfunctioneren in potentie ernstige en sterk verstorende problemen voor de organisatie. Veelal zijn de actieve bedrijven werkzaam in sectoren waarin eisen van veiligheid, milieu en kwaliteit van belang zijn, zoals de procesindustrie, en dan met name de nucleaire en petrochemische industrie, de transportsector, maar ook in het bank- en verzekeringswezen.

In de grote ondernemingen zijn de zaken op het niveau van formele beleidsnota's en programma's meestal goed geregeld. Ofschoon relevant dat de zaken op dit niveau goed geregeld zijn, is wellicht belangrijker het niveau van heersende waarden en normen van mensen in de organisatie. Die bepalen óf en hoe papieren nota's inhoud krijgen. Dit niveau biedt tegelijk de nodige aanknopingspunten voor preventie.

Teneinde meer zicht te krijgen op juist deze elementen die in hoge mate mede-bepalen of programma's inhoud krijgen en effectief zijn, zijn de resultaten van een gezamenlijke studie van de International Labour Office (ILO) en het Directoraat voor Veiligheid en Gezondheid (DG V) van de Europese Commissie (EC) interessant. In 1991 besloten beide organisaties een studie uit te voeren naar visies, beleid en programma's in de 12 lidstaten van de toenmalige Europese Gemeenschap. In totaal zijn gegevens verkregen van 237 vertegenwoordigers van 45 werkgeversorganisaties, 81 werknemersorganisaties en 111 bedrijven in elk van de twaalf landen. Gezien het aantal respondenten en de selectie van betrokken bedrijven kan geen sprake zijn van een representatief overzicht van de situatie in Europa. Veeleer is sprake van een mentaliteitsstudie, een gedetailleerde beschrijving van meningen en activiteiten van organisaties met een toonaangevende positie bij de ontwikkeling van initiatieven op het terrein van alcohol, drugs en de werkplek. In totaal betreft de informatie zo'n 1,5 miljoen werknemers.

Alcohol- en drugproblematiek op de werkplek worden als ernstig beschouwd.
Om u een indruk te geven van de wijze waarop de problematiek wordt ervaren door de respondenten, de volgende tabel :

Tabel 1. Vijf meest frequente problemen in relatie tot A en D (N=237)

Alcohol		Drugs	
• verminderde prestatie	(87.5 %)	• verminderde prestatie	(55.0 %)
• onder invloed op werk	(81.4 %)	• verzuim	(54.5 %)
• te laat komen	(81.4 %)	• disciplinaire problemen	(47.0 %)
• disciplinaire problemen	(80.6 %)	• onder invloed op werk	(44.0 %)
• verzuim	(78.0 %)	• ontslag	(41.8 %)

De meeste respondenten zijn verontrust over de negatieve gevolgen van drugs, zowel de voorgeschreven medicijnen als de illegale drugs, maar vooral van alcohol. Verminderde prestaties, verzuim, functioneringsproblemen, en intoxicatie op het werk worden als gevolgen genoemd. Hoewel dat geldt voor alle drie categorieën middelen liggen de percentages voor alcohol rond de 80 - 90%. Bij medicijnen en illegale drugs liggen de percentages tussen de 40 en 50. Volgens een groot aantal respondenten is de problematiek als gevolg van medicijngebruik groeiende.

In de Belgische deelstudie (Vietinghoff-Scheel) is sprake dat men zich de omvang van de problematiek niet realiseert. Voor alcohol valt dat nog enigszins mee, maar er zijn geen data beschikbaar voor de consumptie van medicijnen in relatie tot werk, en ook niet voor illegale drugs, die als niet-significant worden beschouwd.

Bijna tweederde van de betrokken bedrijven beschikt over een geschreven beleid. Meestal is dat gericht op alcohol én drugs. Bij uitzondering betreft beleid alleen illegale drugs.

Ofschoon nationale wetgeving op het terrein van alcoholbeleid op de werkplek afwezig is, hebben bedrijven binnen de bestaande regelgeving de vrijheid al dan niet beleid en programma's te ontwikkelen. Medicijnen worden overwegend beschouwd als het domein van medici, en niet direct onderdeel van bedrijfsbeleid.

Indirect vormt de Europese richtlijn voor de introductie van maatregelen teneinde veiligheid en gezondheid op het werk te verbeteren (89/391 EEC OJ 1989 L 183) een kapstok voor ondernemingsbeleid. De richtlijn is aangenomen door de Raad van Ministers, en dient te zijn geïmplementeerd in de lidstaten per 1 januari 1993. Meestal is dit tot onderdeel gemaakt van nationale wetgeving over arbeidsomstandigheden. De richtlijn omvat een algemene verplichting voor werkgevers om veiligheid en gezondheid van werknemers in alle aspecten van het werk te beschermen. Deze verplichting kan worden gezien als een mogelijkheid om een bedrijfsalcohol- en drugbeleid een organisatorisch kader te geven, hoewel deze middelen nergens met zoveel woorden worden genoemd.

De kaderrichtlijn is breed. Er is sprake van 'alle risico's' en geeft algemene plichten van werkgevers en werknemers. Bovendien is specifiek gezondheidstoezicht voor werknemers verplicht gesteld, met name voor veiligheidsfuncties. Artikel 5, 6 en 12 van de Europese Richtlijn maken melding van waarborg van Veiligheid en Gezondheid, verplichting tot preventie en tot het geven van adequate instructie.
Nationale rechters hebben de plicht wetgeving in de lidstaten te toetsen aan de Europese richtlijn. Daarmee is het in zekere zin een meetlat voor nationale wetgeving.

In een separaat uitgevoerde overzichtsstudie naar juridische regelingen in de lidstaten (Daintith en Baldwin) wordt gesuggereerd dat betreffende alcohol, drugs en de werkplek geen speciale regelingen bestaan, anders dan algemene regelingen en wetten. Voor wat betreft de werkplek is in België van toepassing art. 99 van het Algemeen Reglement voor Arbeidsbescherming waarin is bepaald dat het verboden is om in fabrieken, kantoren, werkplaatsen, e.d. enige drank met meer dan 6 % alcohol te introduceren. Teneinde dit te controleren is onderzoek van persoonlijke bezittingen als tassen, dozen, e.d. toegestaan, mits op niet-discriminatoire en niet-vernederende wijze uitgevoerd. Onderzoek aan het lichaam is niet toegestaan.

De Europese studie geeft aan dat werknemers, werkgevers en vertegenwoordigers van bedrijven het erover eens zijn dat alcohol- en drugbeleid een terrein vormt waarop consensus kan worden bereikt. Men is het ook erover eens dat scholing en training van leidinggevenden essentieel is voor een effectief beleid. In de Belgische deelstudie wordt tegelijk het harde oordeel geveld dat bedrijven fundamenteel tekort schieten in het aanbieden van goede en voldoende mogelijkheden van training en scholing van leidinggevenden. Wordt die training niet goed verzorgd dan bestaat het risico dat

Daarnaast zijn er het European Alcohol Action Plan van de Wereld GezondheidsOrganisatie (WHO) en de werkzaamheden van United Nations Drug Control Program (UNDCP). De laatste met speciale aandacht voor de mogelijkheden van preventie vanuit private organisaties. Tenslotte is de afgelopen jaren ook de alcoholproducerende industrie op het terrein van onderzoek en preventie actief geworden. Zowel internationaal, in de Amsterdam Group, als ook in een aantal landelijke preventie-organisaties. In de Amsterdam Group zitten 14 internationaal opererende bedrijven uit de alcoholproducerende sector. Naast bedrijven als Heineken International en Pernod Ricard, maakt ook Interbrew deel uit van deze groep. De Amsterdam Group neemt mijns inziens een alleszins realistisch standpunt in ten aanzien van het tegengaan en voorkomen van alcoholproblematiek op de werkplek.

Al deze projecten en activiteiten hebben tot gevolg dat het thema alcohol en drugs op het werk de komende jaren in toenemende mate in de aandacht zal staan of blijven staan. Aandacht die uiteindelijk in individuele bedrijven en instellingen zijn weerslag dient te krijgen in preventief beleid en programma's ter vermindering en voorkoming van alcohol- en drugproblematiek.

Daarmee is uiteindelijk het belang gediend van de organisatie èn van de werknemer met een alcohol- of drugprobleem. Op een wijze dat niet eerst één, twee of zelfs alle drie de maatschappelijke ankers verspeeld worden, met alle desastreuze gevolgen vandien, maar dat actief en doelmatig wordt gewerkt aan het behoud en tijdig terugplaatsen van de ankers, zij het soms op een andere dan de oorspronkelijke plaats.

❐ LITERATUUR

Bijl, D.A. *Alcohol and drug prevention programmes in European organizations.* Preliminary findings of an ILO/CEC project. Paper gepresenteerd op ICAA Institutes, Prague, Juni 1995

Daintith, T. en R. Baldwin. *Alcohol en drugs op de werkplek. Een evaluatie van wetten en regelingen in de Lid-Staten van de Europese gemeenschap.* Institute of Advanced Legal Studies. London (in voorbereiding)

Smith, J.P. *Alcohol and drugs in the workplace: attitudes, policies and programmes in the European Community.* ILO, Geneva (in voorbereiding)

Vietinghoff-Scheel, K. von. *Alcohol and drugs in the workplace: attitudes, policies and programmes in Belgium.* Brussel. (in voorbereiding)

❒ Kanttekeningen bij een preventiebeleid in de onderneming

Prof. Dr. Jan BUNDERVOET
Katholieke Universiteit Leuven

KANTTEKENINGEN
BIJ EEN PREVENTIEBELEID IN DE ONDERNEMING

1. EEN TERUGHOUDENDE ROL VOOR DE OVERHEID ?

2. DE ONDERNEMINGEN EN HET (IDEAAL) MODEL VAN PREVENTIEBELEID

3. DE ACTOREN IN HET PREVENTIEBELEID

1. EEN TERUGHOUDENDE ROL VOOR DE OVERHEID ?

1.1. Geen repressief beleid inzake veiligheid en gezondheid

1.2. Invloed van het onderhandelingsklimaat

1.3. Preventie-ideologie en vrijheid van ondernemen

2. EEN IDEAAL MODEL VAN PREVENTIEBELEID

2.1. Kenmerken van het ideaal model

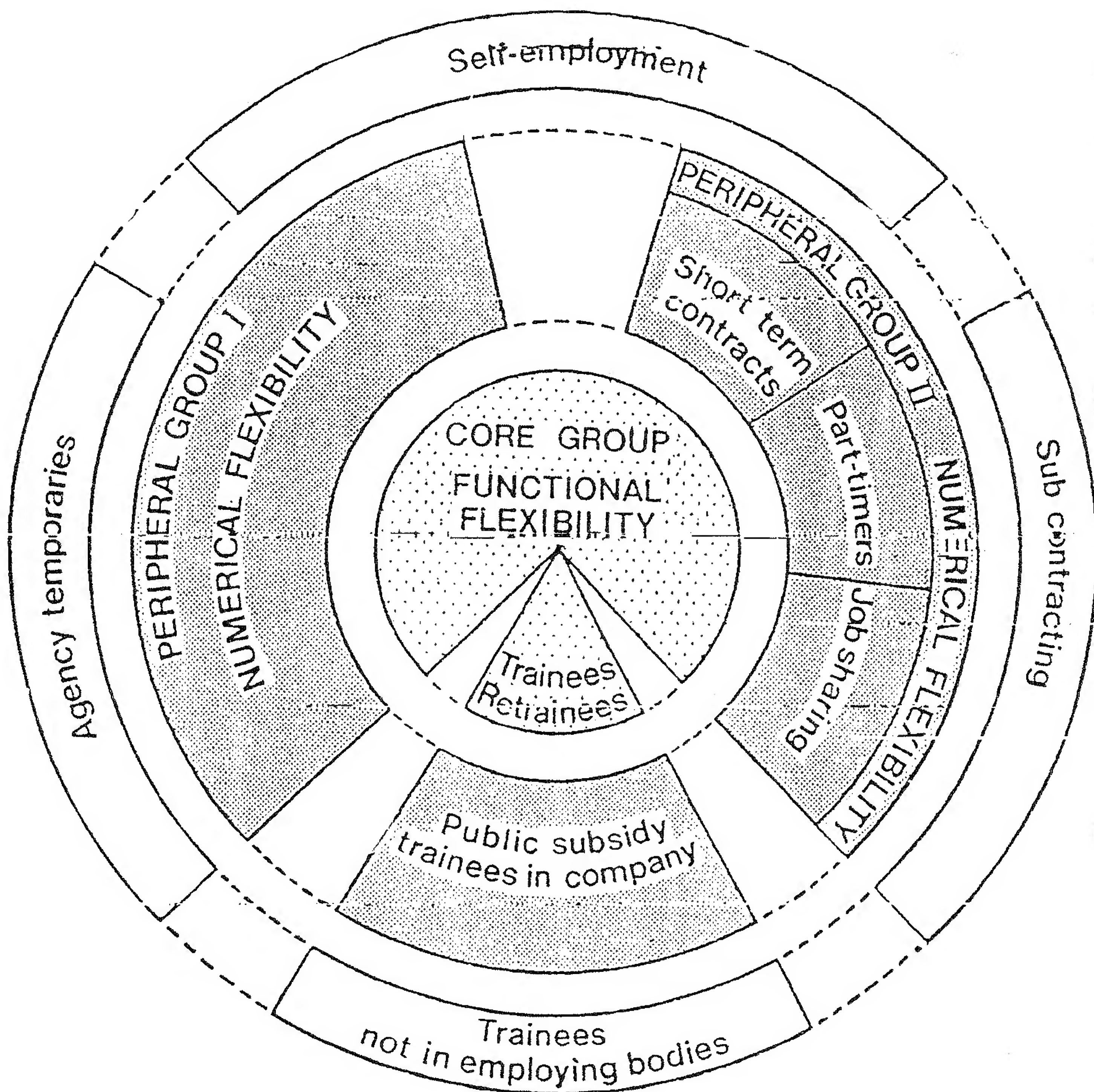
- samenhang met personeelsbeleid
- beschikbaarheid van informatie
- breed draagvlak
- sociaal-integratieve bedrijfscultuur

2.2. 'Excellente' ondernemingen als uitzonderingen

2.3. Meerdere modellen gewenst ?

3. ACTOREN IN HET PREVENTIEBELEID

- overheid : welke stimulerende rol ?
- werkgever :
  voorrang allocatie- of preventiebeleid
- een centrale rol voor de bedrijfsgeneeskundige dienst
- ondernemingsraad en veiligheidscomité


Self-employment
PERIPHERAL GROUP I
NUMERICAL FLEXIBILITY
PERIPHERAL GROUP II
Short term contracts
Part-timers
Job sharing
NUMERICAL FLEXIBILITY
CORE GROUP
FUNCTIONAL FLEXIBILITY
Trainees
Retrainees
Agency temporaries
Sub contracting
Public subsidy trainees in company
Trainees not in employing bodies

- Toelichting
  'aanpak van alcohol en andere drugs op het werk'

  Vlaams Minister
  van Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden
  dhr. Leo PEETERS

Mijnheer de Voorzitter,

Dames en Heren,

vooreerst wil ik namens de Minister de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, de VAD feliciteren met hun verjaardagsfeest.

Want inderdaad vandaag wordt toch stilgestaan bij 10 jaar werk met betrekking tot alcohol- en drugpreventie in het bedrijfsleven.

Ik kan gerust stellen dat de medewerkers van de VAD zich tijdens dit decennium erg verdienstelijk hebben gemaakt.

Deze vereniging heeft zich in de loop der jaren een cruciale rol toegeëigend in het preventiewerk inzake middelengebruik.

Deze vaststelling heeft de minister dan ook gemotiveerd om de VAD onlangs te erkennen als D-voorziening in het kader van het Besluit van de Vlaamse regering inzake Gezondheidspromotie. Hierdoor krijgen zij een pakket van duidelijk omschreven opdrachten die zich situeren binnen het preventief gezondheidsbeleid inzake middelengebruik : algemene coördinatie, deskundigheidsbevordering, informatieverschaffing en ondersteuning ook van intermediairen. Dit in samenspraak met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie.

Voor het uitvoeren van deze opdracht kunnen zij rekenen op een basissubsidie van 20 miljoen op jaarbasis.

Wij geloven dat deze erkenning de noodzakelijke continuïteit verzekert.

Ten aanzien van de congresthematiek is er in de loop van die tien jaar toch wel een en ander geëvolueerd.

Omwille van verschillende redenen is de jongste jaren vooral de illegale drugproblematiek in de belangstelling gekomen. Dit zowel in het praktijkveld als bij de beleidsmensen.

Binnen de context van deze grote belangstelling zijn wij erg verheugd met het initiatief van vandaag.

Ik wil uitleggen waarom.

De verhoogde belangstelling in media en publieke opinie genereert, zoals dikwijls, een aantal onevenwichten die weinig te maken hebben met objectieve overwegingen en vaststellingen.

Steeds meer is er recentelijk geïnvesteerd geworden in de thematiek van de illegale middelen met daarbij als belangrijkste doelgroep de jongeren.

Die grote aandacht voor het gebruik van illegale middelen is niet evenredig met de impact van dit middelengebruik op de gezondheid van de totale populatie.

Alcohol en medicatie raakten al te veel in de vergetelheid. Vandaag was dit niet zo. Onderzoeksgegevens geven duidelijk aan dat dit niet terecht is. Dit is daarnet voldoende gebleken.
Daarnaast heeft het voortdurend toespitsen van allerhande campagnes op de jongeren stilaan een stigmatiserend effect : jongeren en druggebruik worden steeds weer gelinkt. Zulke stigmatisering door preventiecampagnes is gevaarlijk, zij leidt er immers toe dat de doelgroep zich afsluit van alle boodschappen en campagnes.
Daarom is het een eerste grote verdienste van deze ontmoeting, maar vooral van de tien jaar werking die wordt voorgesteld, dat er een aantal evenwichten worden hersteld.
Welke rol moet de Vlaamse overheid spelen met betrekking tot middelengebruik in de werkcontext? We zullen het hier niet hebben over de voorbeeldfunctie. Politici en ambtenaren hebben hier zeker een belangrijke rol te vervullen.
Wij menen dat de overheid een kader moet helpen uittekenen waarbinnen de beleidsstrategie van de ondernemingen vorm kan krijgen. Heel wat structuren bestaan trouwens reeds.
De overheid moet hier stimuleren en de mogelijkheden aanreiken.
Wij kunnen via het betoelagen van projecten en voorzieningen een ondersteuning bieden aan arbeidsmilieus die hierrond willen actief zijn.
Het project "Werk en Middelen' van de VAD dat werd gefinancierd vanuit ons budget is hiervan een mooie illustratie.
Maar de overheid moet in deze ook terughoudend zijn.
Het ontwikkelen van een alcohol- en drugbeleid op het werk is in eerste instantie de verantwoordelijkheid en de opdracht van het bedrijfsleven zelf.
De strategie moet eerst en vooral op het niveau van het bedrijf, de KMO, de verzorgingsinstelling, ... worden uitgetekend. Met voldoende aandacht voor fasering en ontwikkeling, met andere woorden voor het proces. Bovendien moeten alle belanghebbenden en dus zeker ook de werknemers hier een belangrijke inbreng krijgen.
Participatie is trouwens één van de basisuitgangspunten voor goede preventie-initiatieven. En dit in alle fasen van het proces.
Het lijkt ons te verregaand wanneer de overheid in die mate zou ingrijpen dat zij 'risicofuncties' of 'risico-ondernemingen' zou aanduiden met betrekking tot alcohol- of ander druggebruik.
Dit is nochtans iets wat sommige sectoren van de overheid durven verwachten.
Wij blijven de overtuiging hebben dat er weinig objectieve maatstaven bestaan om deze risico's vanuit de overheid te definiëren.

Daar waar het dan toch mogelijk is, zijn trouwens reeds een aantal wettelijke bepalingen vastgelegd, denken wij bijvoorbeeld maar de verkeerswetgeving of binnen de ARAB, de organisatie van de arbeidsgeneeskunde.
Een beleidsplan inzake alcohol- en druggebruik voor een onderneming moet een evenwichtig geheel zijn. Een afwegen waarbij ingrepen vanuit een veiligheidsoogpunt in verhouding moeten staan tot maatregelen in functie van de algemene bedrijfscultuur met als richtsnoer de gezondheid en het welzijn van alle werknemers.
Wij denken dat een aantal principes vanuit ons algemeen preventiebeleid inzake middelengebruik als uitgangspunt moeten dienen.
Een goed bedrijfsplan moet vertrekken vanuit het 'niet-uitsluitingsprincipe'.
Mensen binnen de onderneming die op een of andere manier problemen hebben met het gebruik van bepaalde produkten moeten in eerste instantie kunnen opgevangen worden.
Niet onmiddellijk moet externe gespecialiseerde hulpverlening worden ingeschakeld.
Wel moeten binnen de onderneming maatregelen voorzien worden die de risico's op toenemende problemen bij de betrokkene beperken.

Deze filosofie van de 'harmreduction' wordt trouwens ook onderschreven in de uitgangspunten van het Federale beleid zoals het nu werd geconcretiseerd in het 'Actieplan Toxicomanie'.
Ook wat betreft het gebruik van illegale middelen bij een individuele gebruiker moeten deze principes voorop staan.
Het heeft alleen maar nefaste gevolgen wanneer individuen alleen omwille van soms occasioneel gebruik van illegale middelen onmiddellijk worden uitgesloten uit het bedrijf en dus uit een belangrijk sociaal netwerk.
Meestal beginnen de problemen dan pas.
In deze context moet uiteraard ook een goed ondernemingsplan besproken worden met de gerechtelijke en politionele instanties.
In eenzelfde context van niet-uitsluiting moet het 'testen' van werknemers geplaatst worden, wat al heel wat controversen heeft doen ontstaan.
Er moet duidelijk afgewogen worden in welke mate deze tests de globale doelstellingen van het beleidsplan dienen.
Meestal geven tests, controles op gebruik, vooral een vals idee van 'veilig gedrag' of omgekeerd van 'onveilig gedrag".
'Betrapt zijn op gebruik' is zeker geen valide indicator voor vermeend onveilig gebruik.

Controles en tests kunnen in sterke mate de bedrijfscultuur bepalen waardoor er heel wat 'verborgen' gedrag ontstaat.
Dit kan nooit de bedoeling zijn van een preventief beleid.
We hebben het dan nog niet gehad over vertrouwensaspecten, beroepsgeheim enz.
Tenslotte denken wij dat de continuïteit in preventieprogramma's die wij steeds vooropstellen ook hier geldt.

Eenmalige campagnes op ondernemingsniveau hebben weinig of geen zin.
Hoogstens vervullen ze een soort van alibifunctie : het bedrijf heeft 'iets' gedaan, de vraag is vaak wat.
Gedragsverandering in functie van een gezondheidsbevorderende leefstijl kan alleen maar op lange termijn worden bekomen. Hierbij is de algemeen heersende sfeer en cultuur in een bedrijf van wezenlijk belang.
Dames en heren, tot hier een aantal bedenkingen vanuit de overheid.
Ik geloof dat er naar de toekomst toe vanuit de budgetten van de Vlaamse Gemeenschap voor gezondheidsbeleid extra middelen moeten worden vrijgemaakt.
Hiermee kunnen dan bedrijven, ondernemingen die bovengeschetste principes willen concretiseren worden ondersteund in samenwerking en overleg met de VAD.
Als het straks van minister Peeters afhangt, wil hij daar zeker werk van maken.
Ik wens u verder nog een interessante congresnamiddag toe.

❒ Namiddagprogramma (14u tot 16u15)

☒	groep 1	Grote Ondernemingen
☒	groep 2	Overheidsbedrijven
☒	groep 3	Kleine en Middelgrote Ondernemingen
☒	groep 4	Opleidingsinitiatieven en Niet-reguliere tewerkstellingsplaatsen
☒	groep 5	Gezondheidssector

In elk van deze groepen werd gestart met een introductie waarin de VAD een toelichting gaf omtrent beleidsmatig werken in de onderneming. Verder werd er een situering gegeven van activiteiten in dit type van bedrijven.

Daarnaast werd in elke groep een aantal thema's m.b.t. een alcohol- en drugbeleid ingeleid en gevolgd door een discussie.
Hiervoor, werd naast de inleiders, beroep gedaan op een bijkomend panel.

❒ BELEIDSMATIG WERKEN IN DE ONDERNEMING

redactie :

Mia De Bock
Preventiewerkster Psycho-Sociaal Centrum Primavera
Brussel

❐ INLEIDING

- ***Alcohol- en drugontwikkelingen in onze maatschappij.***

Alcohol is in onze maatschappij nog altijd de drug nummer 1.

Elke Belg dronk in 1993 gemiddeld **9,1** liter pure alcohol.[1]
Naar soort drank betekent dit : 110,5 liter bier, 26 liter wijn, 0,70 liter gedistilleerde drank.
België bekleedt daarmee een **11de** plaats op de wereldranglijst.

De helft van de totale consumptie wordt 'verzorgd' door **10%** van de drinkers. 1 op 10 Belgen drinkt excessief.
5 à 6 % van de **beroepsbevolking** drinkt problematisch.[2]
Volgens een onderzoek van de I.L.O. (International Labour Office) hebben 7 van de 10 probleemdrinkers in de geïndustrialiseerde landen nog steeds een vaste baan.

Het gebruik van **psychofarmaca** ligt in België bijzonder hoog. Anders dan bij alcohol overtreft het gebruikersgedrag van (vnl. thuiswerkende) vrouwen dat van mannen. De 55+ers zijn de grootste gebruikersgroep. Tranquillizers en pijnstillers behoren tot de meest gebruikte middelen onder de psychofarmaca.
Na Frankrijk staat België bijvoorbeeld **tweede** op de wereldranglijst (1989) voor wat betreft de verkoop van kalmeermiddelen (O.I.V.O. 1993).

Voor **illegale drugs** zijn de officiële statistieken uiterst beperkt. Er zijn de laatste jaren wel een aantal bevragingen geweest bij de schoolgaande bevolking van 14 tot 19 jaar. Deze geven een gemiddeld gebruik van cannabisprodukten aan van 5 à 10 %.
Er zijn meer mannelijke dan vrouwelijke gebruikers.

- ***In de werksituatie blijkt dat men tot nu toe voornamelijk geconfronteerd wordt met de gevolgen van alcohoholmisbruik.***

De ervaringen van de VAD met beleidsmatig werken in bedrijven hebben in eerste instantie betrekking op het gebruik en misbruik van alcohol in de werksituatie.
De hierna volgende uitgangspunten zijn echter niet wezenlijk anders bij het gebruik/mis-bruik van illegale drugs en psycho-farmaca.

---

[1] World Drink Trends 1993. Produktschap voor gedistilleerde dranken in association with NTC Publications Ltd.

[2] De definitie van probleemdrinken wordt hier zo ruim mogelijk gehouden, d.w.z. overmatig alcoholgebruik met problemen tot gevolg zowel op fysiek, psychisch en sociaal vlak en dit niet alleen voor de probleemdrinker zelf, maar ook voor zijn omgeving (familie, werk, ...).

- ***Van een concreet probleem tot een structurele aanpak***

Concrete alcoholproblemen blijken voor bedrijven nog steeds dé invalshoek te zijn om te starten met een alcoholprogramma. Natuurlijk moet getracht worden hiervoor een oplossing te vinden. Alcoholproblemen zijn echter voor alle betrokkenen een zware opgave. Op lange termijn is enkel een preventieve (en dus vroegtijdige) aanpak - op basis van de verminderde prestaties van betrokkene - de meest efficiënte interventie en dit zowel voor de werkgever als de werknemer. Deze aanpak moet vastgelegd en geconcretiseerd worden in een alcoholbeleid.

- ***Wat zijn de uitgangspunten van een (alcohol- en drug)beleid ?***

1. Centraal staat het **werkbehoud.**

De doelstelling van een beleid is de kans op herstel van alcohol- en drugproblemen te vergroten. Deze kans wordt vergroot door het vroegtijdig signaleren van probleemsituaties, het aangeven van grenzen en mogelijke sancties bij het overschrijden ervan, en het aanbieden van hulpverleningsmogelijkheden.

De praktijk leert immers dat hoe langer probleemsituaties blijven bestaan, des te moeilijker ze zijn op te lossen. Vandaar het belang om alert te zijn voor mogelijke signalen van problematisch gebruik.
Dit wil geenszins zeggen dat er een zoektocht moet opgezet worden naar probleemgebruikers. Want dit leidt onvermijdelijk tot verslechtering van de sfeer en de werkverhoudingen in de organisatie.

2. Een tweede belangrijk uitgangspunt is dat in een werkorganisatie personen met een alcohol- of drugprobleem aangesproken worden op basis van **arbeidsprestaties en werkrelaties.** Men confronteert de medewerker dus niet met het problematisch gebruik zelf, maar wel met de gevolgen ervan in de concrete werksituatie. Het verminderd functioneren, verslechterde werkrelaties zijn de aanleiding om iemand aan te spreken (op zijn mogelijke alcohol-/drugproblemen).

Er zijn echter situaties in het bedrijf waar het alcohol- en of drugmisbruik direct ter sprake kan komen. Zo kan de dronkenschap van iemand op het werk wel deel uitmaken van een gesprek (liefst nadien in nuchtere toestand !). Hier werden immers de grenzen van de organisatie, bijvoorbeeld op vlak van de veiligheid, overschreden.

3. Een beleid dient te kaderen in een **globaal personeelsbeleid.**

Kennis van\en inzicht in de alcohol- en drugproblematiek zijn essentieel, maar volstaan niet om een beleid te voeren.
Omdat verminderde arbeidsprestaties, slecht functioneren de basis zijn om problematisch gebruik op het werk aan te pakken, dient er in het algemeen personeelsbeleid hiervoor ook aandacht te zijn, en strategieën voorzien te worden.

Het gebruik/misbruik van alcohol en andere drugs op het werk worden binnen een preventieve aanpak voornamelijk gefocust op de gevolgen van overmatig gebruik op de veiligheid en de gezondheid van de werknemer.

In die zin dient dit beleid tevens aan te sluiten op het veiligheids- en gezondheidsbeleid van de onderneming.
Het is alleszins belangrijk van alcohol- en drugproblemen geen aparte zaak te maken maar te behandelen als alle andere problemen inzake veiligheid en gezondheid van de werknemers.

4. Een beleid geldt voor **alle** niveaus in de werkorganisatie, zowel de bedrijfsleiding, het hoger kader, bedienden en arbeiders.
Het is dan ook belangrijk dat alle partijen betrokken zijn bij de uitbouw van een beleid : een programma dat niet het fiat heeft van de bedrijfsleiding is gedoemd om te mislukken. Een beleid dat anderzijds vanuit de 'top' gedropt wordt, zal op heel wat weerstand stuiten van het middenkader en de basis.

Waaruit bestaat zo'n beleid ?

Er zijn 4 pijlers die dienen geconcretiseerd te worden :

1. Voorlichting en vorming

Het succes van bedrijfsprogramma's hangt in hoge mate af van de **motivatie** van elke medewerker. Een voorwaarde hiervoor is dat elke medewerker, zowel leidinggevende als werknemer, geïnformeerd wordt over het gevoerde beleid en zijn taak hierin.

Zoals hoger aangegeven is het arbeidsgedrag bepalend voor een mogelijke interventie.
De leidinggevende, als opvolger van het functioneren, speelt een cruciale rol in het signaleren van dysfunctionerend gedrag, in dit geval (vermoedelijk) als gevolg van alcohol- en of drugmisbruik.
De vorming van deze sleutelfiguren is in een beleidsmatige aanpak dan ook erg belangrijk.
Zij moeten ervan overtuigd worden dat een vroegtijdige detectie - op basis van de verslechterde arbeidsprestaties van de betrokkene - in het belang is van deze werknemer zelf als van de werkgever.

Inhoud van deze vorming :

- informatie over de gevolgen van overmatig alcohol- en drugmisbruik;
- uitleg over hun rol en hun verantwoordelijkheid in het geheel en informatie over het concrete beleid van het bedrijf;
- eventueel ook vaardigheidstrainingen i.v.m signaleren en communicatie rond deze problematiek.

Voorlichting van alle werknemers, bestaande uit bijvoorbeeld informatiesessies, postercampagne, folders en ander informatiemateriaal gebeurt in een tweede fase.

Ook de opleiding/bijscholing van medewerkers van medisch en sociale diensten mag hier niet uit het oog verloren worden.
Visie op en aanpak van afhankelijkheidsproblemen ontbreken vaak in de basisopleiding van deze hulpverleners.

2. Regelgeving met betrekking tot gebruik en beschikbaarheid

De regels m.b.t. beschikbaarheid en het gebruik van drank op en om het werk moeten bepaald worden : bv. het drankgebruik bij recepties, verjaardagen, nieuwjaar.... .
Welke grenzen hanteert het bedrijf ? Waar eindigen de grenzen van het werk en waar begint het privé-leven ?

Hiervoor gaat men uit van de bestaande situatie, de algemene cultuur en de haalbaarheid van mogelijke initiatieven op dit vlak.

Maatregelen inzake beschikbaarheid en gebruik worden vrijwel altijd negatief beoordeeld (het wordt vaak gezien als iets dat men 'afneemt').
Deze maatregelen moeten duidelijk overwogen worden en goed gemotiveerd.

3. Procedures bij acuut en chronisch misbruik

Hoewel het accent van een alcohol- en drugbeleid duidelijk ligt op het preventieve karakter, moeten ook de mogelijke disciplinaire maatregelen voor alle werknemers op alle niveaus - zowel bij acuut en bij chronisch misbruik - voorzien worden.

Deze disciplinaire maatregelen kaderen in een strategie van 'constructieve confrontatie', waarbij het de bedoeling is mensen door de confrontatie met hun gedrag en de mogelijke - sancties als gevolg ervan, aan het nadenken te zetten en gedragsverandering te stimuleren. Belangrijk hierbij is dat er gradaties van maatregelen voorzien worden.
Personen aanspreken op hun functioneren is uiteraard op de eerste plaats een taak van de leidinggevende (directe chef).
De taak van de medisch-sociale dienst die zich situeert in het hulpverleningskader, sluit hierbij nauw aan. Hier is het motiveren en eventueel doorverwijzen van de persoon in kwestie aan de orde.

4. Het hulpverleningskader

Hierbinnen worden afspraken gemaakt voor de signalering, doorverwijzing en hulpverlening van medewerkers met afhankelijkheidsproblemen.

Vragen waarop een antwoord moet geformuleerd worden in deze pijler zijn :

- Wie signaleert een probleem? Aan wie?
- Wat is de procedure voor doorverwijzing naar de eigen medisch-sociale dienst?
- Hoe en in welke mate gebeurt de terugrapportering vanuit de eigen medisch-sociale dienst naar leidinggevenden? Wat wordt gezegd?
- Wanneer wordt externe hulpverlening ingeschakeld?
- Welke informatie wordt tussen bedrijf en hulpverlening uitgewisseld?

Deze vier pijlers kunnen vastgelegd worden in een beleidsnota, een gedragscode of in het arbeidsreglement.
Het bedrijf kan dit beleid naar eigen keuze als bindend of als een algemene richtlijn/aanbeveling beschouwen.

Twee belangrijke voorwaarden hierbij:

1. Het beleid is het resultaat van voorafgaand onderzoek en overleg tussen de verschillende betrokkenen.
2. Alle werknemers worden op de hoogte gesteld van dit beleid. Dit kan tijdens de voorziene voorlichtings- en vormingsbijeenkomsten.

Algemeen :

Een preventieve aanpak inzake alcohol en andere drugs wil een gedragsverandering tot stand brengen en is dus meestal een werk van lange adem. Te vlug maatregelen opleggen, niet gekaderd in een algemeen beleid, leidt tot weerstand en vaak tot weinig resultaat.

❐ GERAADPLEEGDE WERKEN :

'Problemen in uw bedrijf pakt u toch zo niet aan'.
Brussel, VAD-sector arbeid; oktober 1993.

'De aanpak van alcohol- en andere drugsproblemen in bedrijven in Vlaanderen : een stand van zaken'.
Lambrechts M.C.; oktober 1992.

'Introductie van een beleid' (onuitgegeven tekst).
Delooz C.; De Venter R.; Lambrechts, M.C.; VAD; 1992.

'Het vroegtijdig signaleren van alcoholproblemen'.
Bijl, D.A.; Alcon Zeist.

❑ GROEP 1 'GROTE ONDERNEMINGEN'

introductie :	Mevr. Roos De Venter, preventiewerkster C.G.G. Oostende
inleiders :	**drugtesting** Mevr. Bernadette Oversteyns, advokate balie Leuven **knelpunten vanuit de externe hulpverlening** Dr. Stan Ansoms, psychiater Broeders Alexianen Tienen, voorzitter VAD **implementatie van een beleid** Mevr. Tine Vertommen, personeelsassistente Monsanto Antwerpen
panel :	Dhr. Hans Maertens, hoofdredacteur Financieel Ekonomische Tijd Dhr. Paul J. Vingerhoets, voorzitter Arnoldusgroep Mevr. Bergie Van Den Bossche, medewerker dienst ondernemingen A.C.V. Dhr. François Philips, adviseur Veiligheid en Gezondheid, dienst ondern. A.B.V.V. Dhr. Jan De Ranter, adviseur dep. veiligheid, Electrabel Prof. Dr. Raf Masschelein, secretaris Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging van Arbeidsgeneeskunde
moderator :	Dhr. Hendrik De Lange, adviseur V.B.O.
verslaggever :	Mevr. Marijs Geirnaert algemeen coördinator VAD

❒ DRUGTESTING

Mevr. Bernadette OVERSTEYNS
Advocate - Smeyers-Goedhuys advocaten
balie Leuven

In deze bijdrage zullen de juridische aspecten van drugtesting in ondernemingen worden toegelicht.

BEGRIPPEN

Allereerst moeten de begrippen duidelijk worden gedefinieerd. Het begrip drugs wordt ruim opgevat en omvat zowel alcohol als illegale drugs als medicatie. Drugtesting of drugscreening wil zeggen : het onderzoek door een test naar drugs.

WAT MOET EEN ONDERNEMING DOEN ?

De eerste vraag die in dit verband rijst is : wat moet een onderneming doen m.b.t. problemen van druggebruik en -misbruik op het werk ? Heeft een onderneming terzake verplichtingen ?

Art. 20, 2° van de Arbeidsovereenkomstenwet van 3 juli 1978 (WAO) stelt heel algemeen dat de werkgever verplicht is, als een goed huisvader, te zorgen dat de arbeid kan worden verricht in een veilige en gezonde omgeving.

Meer concreet, naar de problematiek van drugs toe, is er de bepaling i.v.m. alcohol in artikel 99 van het ARAB : het is verboden gedistilleerde alcoholische dranken en gegiste dranken met een gehalte van meer dan 6 % volume alcohol mee te brengen in de fabrieken, werkplaatsen en bureaus en op elke arbeidswerf, de bijhorigheden inbegrepen. Ook kantines en bedrijfsrestaurants vallen onder dit verbod.

Een licht biertje mag dus wel worden meegebracht, sterkere drank niet.
Dit verbod om deze alcoholische dranken mee te brengen, geldt zowel voor de werkgever als voor de werknemers. Maar enkel de werkgever, zijn lasthebbers of zijn aangestelden, riskeren strafsancties wanneer ze dit verbod overtreden.

Er is geen bijzondere wettelijke bepaling m.b.t. het gebruik van andere drugs binnen de onderneming.

WAT KAN EEN ONDERNEMING DOEN ?

De tweede vraag die rijst is : wat kan een onderneming verder nog doen m.b.t. problemen van druggebruik en -misbruik op het werk ?

Een onderneming kan hierover een beleid uitwerken, liefst in samenwerking met het C.V.G.V., de arbeidsgeneesheer en de ondernemingsraad.
Bijvoorbeeld kan een algemeen gezondheids- en veiligheidsbeleid worden uitgewerkt, met daarin specifieke bepalingen betreffende druggebruik.

Een onderneming kan daarnaast een aantal bepalingen opnemen in het arbeidsreglement. Het arbeidsreglement mag immers alle bepalingen bevatten waarover de werkgever en de werknemers een akkoord gesloten hebben. Als er een ondernemingsraad is (dit is het geval vanaf 100 werknemers) moet het arbeidsreglement wel worden opgesteld en gewijzigd door de ondernemingsraad.

De bepalingen in het arbeidsreglement zijn bindend voor de werkgever en de werknemers. Zo kan de onderneming bijvoorbeeld in het arbeidsreglement een volledig, of een gedeeltelijk, alcohol- en ander drugverbod in het bedrijf opnemen.
In het arbeidsreglement kunnen ook sancties (straffen) in verschillende gradaties worden vastgesteld voor bepaalde tekortkomingen.
Bijvoorbeeld kunnen sancties worden bepaald als de werknemer het drugverbod overtreedt, als de werknemer zijn medewerking niet wil verlenen aan een behandelingsplan enz. Deze sancties kunnen gaan van een mondelinge naar een schriftelijke verwittiging naar ontslag, zelfs ontslag om een dringende reden.

PLICHTEN VAN DE WERKNEMER

Welke plichten heeft de werknemer op dit vlak ? De werknemer moet zich onthouden van al wat schade kan berokkenen aan zijn eigen veiligheid, aan die van zijn medearbeiders, van zijn werkgever of van derden (artikel 17, 4° van WAO). De werknemer moet zijn werk zorgvuldig, eerlijk en nauwkeurig verrichten, zoals is overeengekomen (artikel 17, 1° van de WAO)

Hij moet met andere woorden zijn werk correct uitvoeren. Hij mag niets doen wat schade kan berokkenen aan zijn eigen veiligheid of die van anderen.

Wat kan de werkgever doen als de werknemer onder invloed is op het werk ?

Toch kan een onderneming, ondanks alles, geconfronteerd worden met alcohol- en andere drugproblemen op het werk. Een werknemer kan bijvoorbeeld 's morgens dronken op het werk toekomen, een chauffeur of een handelsvertegenwoordiger kan onder invloed zijn voertuig besturen op de weg enz. Wat kan de onderneming dan doen ?

Wanneer de werkgever vaststelt dat de werknemer onder invloed is en dat hij zijn werk niet zorgvuldig kan verrichten zoals is overeengekomen, dan kan de werkgever eventueel sancties toepassen, als deze in het arbeidsreglement voorzien zijn. De werknemer begaat dan immers een fout. De sancties kunnen gaan van een mondelinge tot een schriftelijke verwittiging tot een ontslag, zelfs een ontslag om een dringende reden.
Als de werkgever de werknemer ontslaat om een dringende reden, dit is zonder vergoeding, moet hij er wel rekening mee houden dat de dringende reden bij betwisting altijd door de Arbeidsrechtbank wordt beoordeeld. De Arbeidsrechtbank oordeelt of het om een ernstige tekortkoming gaat die elke professionele samenwerking tussen werknemer en werkgever onmiddellijk en definitief onmogelijk maakt. Het moet dus gaan om een voldoende ernstige tekortkoming, opdat het een dringende reden tot ontslag zou zijn.

Zo werd geoordeeld door de Arbeidsrechtbank te Bergen dat een geïsoleerd feit van dronkenschap, in casu van een onderhoudselectricien in de loop van één bepaalde dag tijdens de werkuren, een fout uitmaakt, maar niet voldoende ernstig is om ontslag om dringende reden te rechtvaardigen. De werkgever had moeten kunnen bewijzen dat hij de werknemer reeds één of meerdere malen schriftelijk verwittigd had (Arbrb. Bergen, 15 februari 1990, J.T.T., 1990, 447.)

De Arbeidsrechtbank te Nijvel oordeelde zelfs dat twee maal binnen een maand in staat van dronkenschap verkeren op het werk, in de concrete omstandigheden van de zaak geen dringende reden was voor ontslag. De werknemer was bijna veertien jaar in dienst en had een goede staat van dienst. De normale sanctie was hier een tuchtsanctie of een ontslag met een opzeggingstermijn (Arbrb. Nijvel, 23 juni 1989, T.S.R., 1990, 465.).

Daarentegen besliste de Arbeidsrechtbank te Brussel dat het besturen van een tankwagen in staat van alcoholintoxicatie (bewezen door een alcoholtest afgenomen door de politie) wel een dringende reden tot ontslag was, ook al was het een alleenstaand feit en ook al had deze werknemer een anciënniteit van negentien jaar. Deze werknemer kon immers zijn veiligheid en die van derden in gevaar brengen en hij kon, bij een ongeval, ook de burgerrechtelijke aansprakelijkheid van de werkgever erbij betrekken (Arbrb. Brussel, 25 oktober 1990, J.T.T., 1991, 162.).

Het Arbeidshof te Antwerpen oordeelde dan weer dat de afwezigheid van een werknemer, te wijten aan het gebruik van alcohol, geen ontslag om dringende reden rechtvaardigt als de werknemer zodanig aan de drank verslaafd is dat hij als een zieke kan worden beschouwd en de gedragingen dus niet te wijten is aan een schuldige houding van de werknemer (Arbh. Antwerpen, 14 mei 1987, T.S.R., 1989, 149.).

Indien de Arbeidsrechtbank oordeelt dat bepaalde feiten geen dringende reden zijn, dan is de werkgever aan de werknemer een opzeggingsvergoeding verschuldigd, gelijk aan het loon voor de normale opzeggingstermijn.

Wat betreft het oplossen van acute problemen, kan nog worden opgemerkt, dat als de werkgever of de arbeidsgeneesheer vaststelt dat een werknemer onder invloed is van drugs op het werk, de arbeidsgeneesheer die werknemer ook een dag arbeidsongeschikt kan verklaren en hem naar huis sturen.
Zo besliste het Arbeidshof te Bergen dat het feit dat een werknemer-magazijnier 's morgens dronken was alvorens het werk aan te vatten (dit werd bewezen door getuigen) moeilijk verenigbaar was met een correcte uitvoering van het werk en dus een fout uitmaakte. Deze fout was echter niet zodanig ernstig dat ze een ontslag om dringende reden rechtvaardigde. De werkgever moest echter niet het risico nemen de werknemer te laten werken in staat van dronkenschap, maar hij moest hem aanraden die dag thuis te blijven en hem erop wijzen dat zoiets in de toekomst nooit meer mocht gebeuren (Arbh. Bergen, 15 september 1987, J.T.T., 1988, 163.).

VASTSTELLINGEN EN BEWIJS

Hoe kan de werkgever echter vaststellen dat de werknemer dronken is of onder invloed van andere drugs, waardoor hij zijn werk niet kan verrichten zoals is overeengekomen ?

De werkgever kan de staat van dronkenschap of het feit dat de werknemer onder invloed is best vaststellen of bewijzen door middel van getuigen. Getuigen kunnen vaststellen dat de werknemer niet meer over de voortdurende beheersing van zijn daden beschikt, dat hij niet meer rechtdoor kan lopen, niet meer normaal kan praten, uit de mond ruikt naar alcohol, zich agressief gedraagt, enz.

Indien men een bloedproef of een urinetest wil uitvoeren, moet de werknemer zijn instemming geven. Anders schendt men immer zijn lichamelijke integriteit.

Wanneer het echter gaat om een werknemer-bestuurder van een voertuig, kunnen in bepaalde gevallen Rijkswacht en politie de werknemer verplichten een bloedmonster te laten nemen door de opgevorderde geneesheer. Zij kunnen dit doen op grond van de Wet betreffende de politie over het wegverkeer. Als de betrokken werknemer-bestuurder zonder wettige reden weigert een bloedmonster te laten nemen dan is hij strafbaar volgens de Wegverkeerswet.
De werkgever kan zich in dit geval steunen op de bewijsstukken in het strafdossier, om bijvoorbeeld de alcoholintoxicatie van de werknemer te bewijzen.

Als de werknemer instemt met de bloedproef of urinetest, moet de werkgever zijn rechten van verdediging respecteren, o.a. door de werknemer in de gelegenheid te stellen een tegenexpertise te laten verrichten m.b.t. de uitslag van de analyse. Anders kan de werknemer inroepen dat het testresultaat een eenzijdig gegeven is, dat niet aan hem tegenstelbaar is.

Bovendien moeten artsen het beroepsgeheim respecteren. Als zij bij het meedelen van testresultaten aan de werkgever hun beroepsgeheim schenden, zijn deze stukken nietig en kunnen ze niet worden gebruikt als bewijs.

KUNNEN 'PRE-EMPLOYMENT SCREENING' EN 'AT RANDOM SCREENING' ?

Sommige ondernemingen wensen niet enkel op te treden bij acute problemen, maar willen weten of hun werknemers of kandidaat-werknemers alcoholproblemen hebben of andere drugs gebruiken.

Hier stuit de onderneming echter op het recht op privé-leven van de werknemer en de kandidaat-werknemer.

Artikel 11 van de CAO nr. 38 van 6 december 1983 betreffende de werving en selectie van werknemers, gesloten in de Nationale Arbeidsraad, stelt als regel dat de persoonlijke levenssfeer van de sollicitant bij de selectieprocedure zal worden geëerbiedigd.
Zulks impliceert dat vragen over het privé-leven slechts verantwoord zijn indien zij relevant zijn, wegens de aard en de uitoefeningsvoorwaarden van de functie.
De commentaar bij artikel 11 verduidelijkt nog dat dit niet alleen geldt voor de werkgever maar ook voor de personen, die namens hem aan de selectiewerkzaamheden deelnemen, zoals bijvoorbeeld de psychologen en de geneesheren.

Niet alleen sollicitanten maar iedereen heeft recht op eerbiediging van zijn privé-leven. Dit wordt erkend in artikel 22, eerste lid van de nieuwe gecoördineerde Grondwet van 17 februari 1994.

Bijgevolg kunnen de werkgever en de geneesheren enkel drugscreening bij sollicitanten of werknemers doen, wanneer het relevant is voor de uit te oefenen functie. Het onderzoek door een test kan gebeuren wanneer het alcohol- of ander druggebruik een contra-indicatie is voor de uit te oefenen job, bijvoorbeeld omwille van de veiligheid of de gezondheid van werknemer zelf of van anderen.

'At random screening' van alle werknemers, d.w.z. op om het even welk moment om het even wie gaan testen op de aanwezigheid van drugs, kan dus niet. De relevantie voor de functie is dan immers niet aanwezig en bijgevolg is het een inbreuk op het privé-leven van de werknemer.

Bovendien mag de arbeidsgeneesheer in principe ook alleen maar die werknemers onderzoeken die onderworpen zijn aan het verplicht medisch onderzoek, nl. werknemers blootgesteld aan een risico van beroepsziekten, werknemers die een veiligheidspost bekleden, werknemers die rechtstreeks in contact komen met voedingswaren of -stoffen, de minder-validen, werknemers beneden 21 jaar en werknemers die werken in arbeidsomstandigheden waardoor zij blootgesteld worden aan beroepsgebonden uitwendige belasting (art. 124, §1 ARAB), tenzij dit werd uitgebreid tot al het personeel van de onderneming (art. 148 bis ARAB) of tenzij de werknemer welingelicht instemt met de test.

Daarnaast is het zo dat enkel wanneer de klinische onderzoeksmethodes ontoereikend zouden zijn om een gefundeerd advies over de geschiktheid te verstrekken, de arbeidsgeneesheer kan

overgaan tot een urineonderzoek op drugs (Advies van de Nationale raad van de Orde van geneesheren van 20.02.93, Tijdschrift Nationale Raad Orde van geneesheren, nr. 60, 1993, p. 24-25.).

Altijd is 'informed consent' van de werknemer of kandidaat-werknemer vereist voor zo'n onderzoek. De werknemer moet dus vooraf weten welke onderzoeken zullen worden uitgevoerd, want hij moet welingelicht instemmen met de drugtest.

De arbeidsgeneesheer moet zijn opdracht vervullen in een volledige technische en morele onafhankelijkheid ten opzichte van de werkgever of de werknemers (art. 114 ARAB). Hij beslist dus autonoom welke testen nodig en relevant zijn. De werkgever kan niet aan de arbeidsgeneesheer opleggen welke testen hij moet uitvoeren.

De rol van de arbeidsgeneesheer, zoals die in het ARAB is uitgewerkt, is bovendien essentieel preventief en niet repressief (art. 104, $2 ARAB). Het is nl. zijn algemene taak werknemers te beschermen. Eventuele drugtesten zouden dus eigenlijk moeten gebeuren met het oog op hulpverlening en niet met het oog op sanctionering.

De arbeidsgeneesheer mag testresultaten trouwens ook niet aan de werkgever bekendmaken (art. 146 bis, $1 en 148 septies ARAB). Hij mag enkel verklaren dat de werknemer geschikt of ongeschikt is voor het werk. De medische motivering valt onder zijn beroepsgeheim.

Sommige ondernemingen omzeilen deze wettelijke bepalingen van het ARAB i.v.m. de arbeidsgeneesheren, door de drugtesten bij hun werknemers te laten uitvoeren en analyseren door andere geneesheren dan de arbeidsgeneesheer, bijvoorbeeld door geneesheren verbonden aan een labo van een universiteit. Zij menen dat deze geneesheren niet gebonden zijn door het beroepsgeheim tegenover hun opdrachtgever, de onderneming, en dat deze geneesheren dus de testresultaten kunnen meedelen aan de werkgever. De werkgever kan dan op basis van die testresultaten maatregelen of sancties nemen tegenover de werknemers.
De Nationale Raad van de Orde van geneesheren heeft echter in een advies van 16 oktober 1993, m.b.t. AIDS, gesteld : "Arbeidsgeneesheren mogen de werkgever nooit informeren over de medische redenen van hun advies over een werknemer, ook niet over de uitslag van een HIV-test met informed consent van de werknemer uitgevoerd, noch over weigering van zulke test door de werknemer. Hetzelfde geldt voor de geneesheer die door een werkgever gelast is hem een deskundig advies te verlenen over de geschiktheid van een kandidaat-werknemer." (Tijdschrift Nationale Raad Orde van geneesheren, nr. 63, 1994, p. 28)
Mijns inziens is het een geneesheer, die door een werkgever gelast wordt om een drugtest uit te voeren bij een werknemer en hem deskundig advies te verlenen over de geschiktheid van die werknemer, deontologisch verboden om de werkgever te informeren over de uitslag van de drugtest.

❒ HULPVERLENING EN DOORVERWIJZINGSMOGELIJKHEDEN

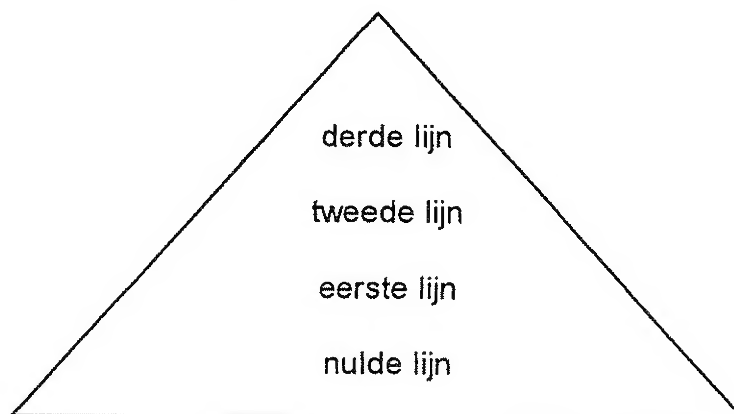
VAD-document 1996

❐ INLEIDING

In onderstaande tekst willen wij een algemeen, maar concreet beeld geven van de verschillende psychosociale en psychiatrische hulpverleningsmogelijkheden, voornamelijk ten aanzien van mensen met afhankelijkheidsproblemen. Na een korte toelichting over de verschillende niveaus waarop hulp kan geboden worden volgt een concrete vertaling naar de alcohol- en drugproblematiek.

1. Structuur en organisatie van de hulpverlening

De hulpverlening is georganiseerd in verschillende lijnen of echelons, namelijk de nulde, eerste, tweede en derde lijn. Deze structuur is overgenomen uit de somatische gezondheidszorg, zij het onder aangepaste vorm. De verschillende echelons verhouden zich hiërarchisch tot elkaar en kunnen zoals in onderstaande figuur weergegeven worden.



Het onderscheid tussen de verschillende lijnen wordt gemaakt op basis van verschillende gronden. De mate van specialisatie, de ruimtelijke afstand (van het huisbezoek tot de opname), de beschikbaarheid (van de wachtdienst tot de consultatie op afspraak), de uitgebreidheid van het aanbod, de kostprijs en dergelijke meer bepalen het echelon waaronder een hulpverlener of dienst gecategoriseerd staat. Maar er is nog een tweede bestaansreden voor deze structuur: het ordent de weg die een patiënt/cliënt volgt doorheen het hulpverleningscircuit.

a) de nulde lijn

Wij lichten de onderscheiden echelons achtereenvolgens kort toe en beginnen met de ***nulde lijn***. Hiermee bedoelt men de hulpverlening buiten het geformaliseerde professionele hulpverleningscircuit en in hulpverleningstermen spreekt men dan ook vaak van mantelzorg of zelfhulp. Vrijwilligers, familieleden, vrienden, buren, ... staan in voor het verstrekken van de hulp.
Voorbeelden van diensten die zich op dit echelon bevinden zijn Tele-Onthaal en de Anonieme Alcoholisten (A.A.-groepen).

b) de eerste lijn

Vervolgens is er de ***eerstelijnszorg***. Dit is de eerste, laagdrempelige, niet-gespecialiseerde stap in de georganiseerde hulpverlening. Dit professioneel echelon staat het dichtst bij de bevolking en heeft meestal als eerste contact met de problematiek. De taak van de eerste lijn bestaat vooral uit het detecteren van problemen en deze te differentiëren tussen ernstige probleemsituaties en mildere moeilijkheden, tussen problemen die men zelf aankan en problemen waarvoor men dient door te verwijzen.
Voorbeelden : naast de huisarts situeren hier zich tal van sociale diensten, zoals diensten voor thuisverpleging, gezins- en bejaardenhulp, bedrijfsmaatschappelijk werk, Jongeren Adviescentra (JAC).

c) de tweede lijn

De stap naar de meer gespecialiseerde hulpverlening wordt gevormd door de ***tweede lijn***. Dit is het niveau van de ambulante (d.w.z. de patiënt blijft tijdens de behandeling in de eigen werk- en woonomgeving) opvang en begeleiding door de specialist in privé-praktijk of in ambulante centra. Belangrijke kenmerken van deze tweedelijnshulpverlening zijn dat er hulp geboden wordt zonder dat de betrokkene wordt opgenomen, men zich vooral richt op psychische en psychologische hulp meestal van langdurige en/of van therapeutische aard. De psychiater heeft er vervolgens een veel meer centrale functie dan op de eerste lijn en dikwijls is men gespecialiseerd in meer omschreven problematieken of doelgroepen zoals kinderen, bejaarden of verslaafden. Deze hogere graad van specialisatie heeft tot gevolg dat voor de hulpvrager de drempel voor het maken van afspraken al een heel stuk hoger ligt dan bij diensten die zich op de eerste lijn bevinden. De hulpverleners van hun kant hebben een voorkeur voor verwezen cliënten/patiënten en werken vaak samen met collega's op de eerste lijn voor werkbegeleiding, consultatie en dergelijke. Tot slot is het aanbod van therapeutische mogelijkheden erg gedifferentieerd zodat er zowel individuele therapieën als echtpaar-, gezins- en groepstherapieën verstrekt worden.
Voorbeelden : op dit terrein nemen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (C.G.G.) een belangrijke plaats in. Daarnaast zijn er nog enkele poliklinieken of diensten voor ambulante (na)zorg die afhankelijk zijn van psychiatrische ziekenhuizen.

d) de derde lijn

Tot slot is er het echelon van de erg gespecialiseerde, residentiële ***derdelijnshulpverlening***. Theoretisch is dit de laatste fase die een cliënt/patiënt kan doorlopen binnen het hulpverleningscircuit. De betrokkene wordt hier uit zijn dagelijks milieu gehaald en verblijft dus binnen de muren van een ziekenhuis, tehuis of centrum.
Deze oplossing is vrij drastisch en is enkel bestemd voor een kleine groep van mensen voor wie het ofwel onmogelijk is geworden in het thuismilieu verzorgd te worden omwille van de ernst van de problemen of waarvoor het thuismilieu ofwel onbestaande is, ofwel zo conflictueus dat genezing daar niet mogelijk is. Een opname kan zowel van korte als van lange duur zijn.
Deze hulpverleningsvorm zou de laatste keuze moeten zijn in het geheel van mogelijkheden voor psychosociale en psychiatrische hulp. Precies omdat de effecten van dergelijke opname zo ingrijpend zijn doordat men uit zijn thuismilieu wordt gehaald, de kans op werkverlies niet gering is en men de reactie van de buitenwereld niet over het hoofd kan zien moeten andere hulpverleningsmogelijkheden eerst uitgeprobeerd worden of op zijn minst overwogen worden.
Voorbeelden : ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, ...

2. De specifieke alcohol- en drughulpverlening

Na deze algemene situering van het psychiatrische en psychosociale hulpverleningsaanbod, verduidelijken wij verder enkele hulpverleningsmogelijkheden voor personen met afhankelijkheidsproblemen (d.i. afhankelijkheid aan alcohol, illegale drugs, medicatie,...). Wij verstrekken wat meer uitleg omtrent initiatieven op de verschillende echelons.

a) *De Anonieme Alcoholisten als zelfhulpgroep (= nulde lijn)*

Zoals supra reeds vermeld werd, behoren de zelfhulpgroepen, waaronder de Anonieme Alcoholisten, zich op de nulde lijn. De zelfhulpgroepen ontstonden vaak als een reactie tegen de bestaande (ontoereikende) hulpverlening, maar even vaak groeiden zij parallel aan de professionele instellingen. Zo ziet men dat ook A.A. zich niet zozeer concurrentieel, maar veeleer complementair gaat opstellen ten aanzien van de professionele hulpverlening.

Zelfhulpgroepen ontstaan vooral rond min of meer chronische problematieken, zoals alcoholisme, waarvoor een éénmalige behandeling niet meteen de volledige oplossing kan bieden en er zowel voor de patiënt als voor zijn naaste omgeving de nood bestaat om aanpassings- en herstellingsmogelijkheden aan te leren. Dergelijke sociale processen kunnen in zelfhulpgroepen doorgegeven worden. De A.A. past in dit stramien. Vooreerst is alcoholisme een chronisch probleem waarvoor de leden een levenslange geheelonthouding zien als enige remedie.
Basisstap om A.A.-er te worden is dan ook het aanvaarden van het feit dat men alcoholist is en verder zal men zich vooral moeten richten op het opnemen van de rol van geheelonthouder, waarbij men veel aandacht heeft voor persoonlijke en sociale verhoudingen. Stap voor stap neemt een A.A.-er zo weer rollen op in het maatschappelijk leven.
De A.A.-werking wordt binnen de hulpverlening sterk gewaardeerd. Er wordt samengewerkt en hun werking wordt zelfs gedeeltelijk nagevolgd. Het feit dat een alcoholist in het kader van de A.A. kan praten met mensen die mede vanuit hun eigen ervaringen begrip aan de dag leggen voor zijn probleem kan reeds een grote hulp betekenen. Hij ervaart vooral dat hij niet alleen staat met zijn problemen. In groepsverband met lotgenoten leert de alcoholist opnieuw contact op te nemen met andere mensen waarvan hij vervreemd was. Wat hij in een beschermd en begrijpend milieu van de A.A. leert zal hem helpen om in een breder leefmilieu beter te functioneren. De permanente beschikbaarheid van ervaringsdeskundigen en de mogelijkheid van crisisinterventie, naast wekelijkse groepsbijeenkomsten, zorgen ervoor dat de A.A. een zeer menselijke, maar delicate vorm van hulpverlening is.

Tot besluit zouden wij kunnen stellen dat A.A., naast het eigen aanbod als nuldelijnsvoorziening, binnen de hulpverlening vooral een plaats krijgt als ondersteunende instantie tijdens en na behandelingen binnen andere voorzieningen. Gezien de autonomie van elke groep bestaan er tevens grote verschillen in de doelgroep die men aldus bereikt.

Naast A.A. bestaat eveneens de Al-Anon beweging. De leden daarvan bestaan uit familieleden of kennissen van alcoholisten. Zij komen regelmatig bijeen om elkaar hulp te bieden bij de problemen van het alcoholgebruik van de partner.
Voor kinderen van ouders met drankprobleem werd Al-Ateen opgericht.

Met betrekking tot drugs bestaan er eveneens zelfgroepen voor ouders of voor ex-verslaafden alsook drug-info-telefoons.

In sommige provincies is ook straathoekwerk opgezet. Dit betekent dat hulpverleners de drugverslaafden in hun eigen milieu opzoeken en van daaruit beschikbaar zijn voor hulp of advies. Dit is de meest laagdrempelige vorm van hulpverlening. Op die manier wordt een groep bereikt waarvan we kunnen veronderstellen dat ze anders niet met de hulpverlening zou in aanraking komen.

b) De ambulante hulpverlening (= eerste en tweede lijn)

De ambulante hulpverlening omvat zowel eerste- als tweedelijnsdiensten en is voor buitenstaanders door zijn grote verscheidenheid in soorten van organisaties en door de grote verschillen in interne werkingen erg verwarrend en ondoorzichtig. Niettemin is voor heel de ambulante zorgverlening de grote mate van vrijwilligheid en de sterke soepelheid erg kenmerkend. Dit heeft als nadeel dat er een zekere selectie gebeurt, daar bepaalde personen niet rijp zijn voor behandeling. Anderzijds heeft de ambulante zorg eveneens iets te bieden aan de omgeving van de alcoholist, ook als deze laatste zelf niet komt. Zowel in het ondersteunen als samen nadenken over oplossingen, kan de ambulante sector aan hen een aanbod doen.

Globaal kunnen wij stellen dat de ambulante sector op twee wijzen te werk kan gaan. Vooreerst vertrekken heel wat hulpverleners vanuit een psychotherapeutisch denkkader. Het uitgangspunt is dan dat alcoholisme niet als ziekte een probleem is, maar veeleer een inadequate reactie op een onderliggende probleemsituatie. Deze wordt ontvlucht via de symptomatische reactie. Dit betekent tevens dat het af willen van het symptoom, het alcoholmisbruik, een dubbelzijdige kwestie is. Enerzijds berokkent dit symptoom veel schade, anderzijds betekent het wegnemen van dat symptoom dat men geconfronteerd wordt met de onderliggende probleemsituatie. Psychotherapie in zijn globaliteit is dan het analyseren van de weg die tot alcoholisme leidde en het zoeken van andere oplossingen dan de vlucht en de vervreemding om probleemsituaties op te lossen. Al naargelang de theoretische achtergrond van de therapeut zal de analyse zich dan richten op probleemsituaties zoals die ontstaan en opgelost zijn in de individuele voorgeschiedenis of in de sociale context (relatie, gezin, omgeving) waarin dit individu zich bevindt. Zo vragen sommige therapeuten systematisch de partner of het gezin mee omdat zij ervan uitgaan dat het symptoom voor alle medebetrokkenen naast nadelen ook voordelen had als vlucht van diepere problematieken. Doelstelling van psychotherapie is dan ook niet de geheelonthouding, maar het zoeken van nieuwe oplossingen waardoor alcohol niet meer nodig wordt en binnen normale proporties kan komen.

Een tweede werkwijze kunnen wij sociaal-psychiatrisch noemen. Hierbij heeft men vooral oog voor het proces waarbij de alcoholist opnieuw stappen zet om rollen op te nemen in het dagelijkse leven. Het kan hier gaan om het terug zoeken van werk, het veranderen binnen de gezinssituatie of het starten van een zinvolle vrijetijdsbesteding. Op die wijze wordt de vicieuze cirkel op sociaal vlak doorbroken. Drankmisbruik heeft immers sociale consequenties en roept reacties op van de anderen : meningsverschillen, ruzies en soms geweld met partner, kinderen of ouders, de verwijdering ten aanzien van vrienden en kennissen, spanningen en conflicten binnen de beroepssfeer. Deze negatieve rolverandering ombuigen naar een positieve rolopneming is doel van een sociaal-psychiatrische begeleiding. Al naargelang de fase waarin de gebruiker zit, zal het hier gaan om dagelijkse of wekelijkse contacten en zal de hulpverlener min of meer confronterend te werk gaan. Ondersteuning staat echter steeds centraal.
Met betrekking tot drugs hebben enkele Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zich eveneens in de verslavingsproblematiek gespecialiseerd.

c) De residentiële hulpverlening (= derde lijn)

De derde lijn is die van instellingen en ziekenhuizen. Binnen de algemene ziekenhuizen kent men eigen psychiatrische afdelingen (PAAZ= Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis). Daarnaast kent men psychiatrische ziekenhuizen. Beide kunnen zich zowel op een algemeen als op een specifiek publiek (o.a. alcoholisten) richten. Tenslotte bestaan er daarnaast nog specifieke therapeutische gemeenschappen. Ook hier kent men algemene en categoriale voorzieningen (bv. ontwenningscentrum voor drugverslaafden).

Basiskenmerk is hier de opnamecontext. Een multidisciplinair team staat in voor de hulpverlening die gericht is op de ontwenningskuur. Meestal staat geheelonthouding dan ook als doel voorop.
In eerste instantie gebeurt de reïntegratie intern in de opnameafdeling. Er is een strikt dagprogramma dat elkeen moet volgen met groepsgesprekken, individuele gesprekken, ergotherapie en zinvolle vrijtijdsaktiviteiten. Op deze wijze komt er weer structuur in de dagverdeling. In tweede instantie wordt de familie en het opnieuw opnemen van een beroepsactiviteit mee betrokken in de behandeling. Ook met de A.A. wordt in dit stadium en in de periode na de opname geregeld samengewerkt.

Zoals beschreven bestaan er naast de materiële verschillen tussen ambulante en residentiële zorg eveneens verschillen qua ideeëngoed. De keuze voor ambulante of residentiële hulpverlening is afhankelijk van de noodsituatie. Er zijn bepaalde gevallen die pleiten voor opname en concreet gaat het om situaties waarbij de alcoholist in een ver gevorderd stadium zit op de verschillende vicieuze cirkels: zowel op fysiologisch als op sociaal vlak (op verschillende niveaus) kunnen er redenen zijn voor tijdelijke opname. Wij kunnen zeggen dat men hier van alcoholisme als ziekte kan spreken: er is geen enkele vrijheid meer ten aanzien van alcohol. Er is aftakeling op fysiek vlak en er is isolatie en verpaupering op sociaal vlak. De gevolgen van het alcoholgebruik worden zo ernstig dat een therapeutische opname de enige haalbare oplossing blijkt te zijn.

Drugverslaafden vinden we vaak terug in PAAZ-afdelingen (Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis). Daarnaast kunnen verslaafden opgenomen worden (vaak 24 op 24 uur) in een crisiscentrum. De afkick (of ontwenning) gebeurt onder medische begeleiding terwijl in tweede instantie gekeken wordt naar mogelijke verdere (behandelings)stappen.
Tot slot bestaan er de 'drugvrije therapeutische gemeenschappen' (DTG), die zich vooral richten naar jongeren die aan illegale drugs verslaafd zijn en waarin men via een gestructureerd groepsprogramma leert achter het eigen gedrag te kijken en met de onderliggende emotie om te gaan.

Besluit

Voor ernstige verslavingsproblemen bestaan er een heel aantal hulpverleningsmogelijkheden met een eigen karakter wat betreft doelstellingen en opzet. De keuze voor een bepaalde hulpverleningsinstantie wordt voor een groot deel bepaald door de ernst van het verslavingsprobleem en dient in de individuele situatie bekeken te worden.

Schematisch samengevat :

	Wat ?	voorbeeld
nulde lijn	zelfhulpgroep, niet professioneel	A.A.,
eerste lijn	ambulant	huisarts, J.A.C.
tweede lijn	ambulant	C.G.G.
derde lijn	residentieel	ziekenhuis, psychiatrie, DTG

❐ MONSANTO ANTWERPEN :
het invoeren van een beleid

Mevr. Tine VERTOMMEN
Personeelsassistente Monsanto Antwerpen

❐ HISTORIEK

- ***MONSANTO : een Amerikaanse multinational***

Monsanto is een multinational met hoofdzetel in St. Louis in de U.S.A. Vanuit deze hoofdzetel werd er in de jaren '80 een alcohol and drug policy opgesteld. De verschillende Monsanto-vestigingen kregen de opdracht om op hun beurt een alcohol- en drugbeleid te introduceren, gebaseerd op de bestaande richtlijnen.

- ***MONSANTO ANTWERPEN :***

Veiligheid en gezondheid : prioriteit n° 1

Monsanto Antwerpen is een volcontinu chemisch bedrijf waar ongeveer 1000 personeelsleden werken. De vestiging produceert rubberchemicaliën, weekmakers, kunststoffen, harsen en onkruidverdelgers.

Veiligheid en gezondheid gelden in de fabriek als de hoogste prioriteiten. Gezien de risico's van de produkten en processen waarmee gewerkt wordt, is het van het grootste belang dat iedereen veilig werkt. Er wordt dan ook heel wat tijd gespendeerd om alle personeelsleden een gepaste veiligheidshouding aan te leren.

Binnen het C.V.G.V. werd in 1992 door de werknemersvertegenwoordiging de vraag gesteld om een alcohol- en drugbeleid uit te stippelen. Men refereerde naar de groeiende problemen met alcohol en drugs in de samenleving. Er werd gevraagd om een preventieve aanpak van die problemen uit te werken. Deze vraag en de opdracht vanuit de Amerikaanse hoofdzetel vormde de start voor het ontwikkelen van een alcohol- en drugbeleid.

❐ AANPAK

- ***Oprichting werkgroep***

In 1992 werd dan naar aanleiding van de vraag in het C.V.G.V. een werkgroep opgericht die de richtlijnen van een alcohol- en drugbeleid zou uitwerken. In deze werkgroep zetelden 12 personeelsleden met de volgende functies:

- werknemersafgevaardigden C.V.G.V.
- werkgeversafgevaardigden C.V.G.V.
- diensthoofd veiligheid
- arbeidsgeneesheer
- verpleger (medische dienst)
- vertegenwoordiging personeelsdienst

De werkgroep kreeg als opdracht om een beleid voor de fabriek in Antwerpen te ontwikkelen en te implementeren.

- ***Basismateriaal : beleidslijnen van andere MONSANTO-vestigingen***

De werkgroep kon starten met de beleidslijnen van de U.S.A. Dit heeft als voordeel dat er onmiddellijk reeds discussiemateriaal aanwezig is. Hierin zit echter ook een valkuil : het risico bestaat dat men te fel blijft vasthangen aan de oorspronkelijke beleidslijnen. Deze beleidslijnen moeten vertaald worden naar een Europese context.

Wij hebben van bij de aanvang geopteerd om duidelijk een eigen beleid op te zetten, weliswaar gebaseerd op het U.S.A.-beleid, maar met eigen accenten.

- ***Samenwerking met VAD***

Van bij de start van de werkgroep was er samenwerking met VAD. VAD gaf input en informatie om de besprekingen in de werkgroep efficiënt te laten verlopen. VAD organiseerde voor de werkgroep ook een pilootsessie van de training 'alcohol en drugs op het werk'. Deze training werd nadien aan de leidinggevende personeelsleden gegeven (zie verder).

❒ RICHTLIJNEN BELEID

• *Welke misbruiken*

Eerst en vooral definieerden we welke misbruiken we in het beleid op het oog hadden. We deelden alcohol- en drugmisbruik in de volgende categorieën in :

- overdreven gebruik van alcohol
- overdreven gebruik van geneesmiddelen (zoals kalmeermiddelen, pijnstillers, slaapmiddelen e.d.)
- het gebruik van wettelijk verboden verdovende middelen (drugs)

• *Krachtlijnen van het beleid*

In het beleid van Monsanto Antwerpen zijn drie grote krachtlijnen te onderscheiden. Ten eerste willen we werken aan de **bewustwording** van mogelijke alcohol- en drugproblemen. Deze bewustwording moet bij elk personeelslid aangewakkerd worden. Alleen op die manier is een preventieve aanpak van het probleem mogelijk.

Ten tweede willen we eventuele problemen van personeelsleden tijdig **herkennen**. Dit is vooral een taak van supervisie : zij moeten alert zijn om tijdig misbruiken te onderkennen.

Problemen herkennen is niet voldoende. Als laatste stap in ons beleid voorzien we daarom een **hulpverlening**, zodat problemen niet alleen herkend, maar ook verholpen worden.

• *Hulpverleningskader*

• Acute problemen

Bij een acuut alcohol- en drugprobleem wordt supervisie op de hoogte gebracht. Wij bevelen hen aan dat zij de betrokkene de fabriek laten verlaten. Een personeelslid onder invloed van alcohol of drugs, houdt immers risico's in voor zijn eigen veiligheid en die van zijn collega's.

• Chronische problemen

Chronische problemen zijn dikwijls moeilijker te herkennen dan acute problemen. Zij slepen soms gedurende een langere tijd aan voordat ze als probleem (h)erkend worden. Chronische problemen dienen echter ook aangepakt te worden voordat ze escaleren. Monsanto Antwerpen heeft daarom ook richtlijnen uitgewerkt over de manier waarop problemen kunnen besproken worden.

- ***Bespreken van problemen***

Personeelsleden met problemen kunnen zelf de eerste stap zetten naar een oplossing. Monsanto Antwerpen duidde de verplegers en de arbeidsgeneesheer aan als **vertrouwenspersonen** waarmee personeelsleden eventuele alcohol- en drugproblemen kunnen bespreken. Zij behandelen elk probleem met de nodige confidentialiteit en brengen geen derden op de hoogte. Indien nodig verwijzen zij personeelsleden door naar een gespecialiseerde externe hulpverlener.

Monsanto Antwerpen benadrukt dat er alleen bij slechte werkprestaties van een 'probleemsituatie' kan gesproken worden. Dit benadrukken we om de privacy van onze personeelsleden te garanderen. Supervisie zal alleen de slechte **jobprestaties** aangrijpen om met een medewerker een probleemsituatie te bespreken. Men zal op zoek gaan naar de oorzaken van het slecht functioneren en een actieplan uitwerken. Eventueel wordt er naar de vertrouwenspersoon doorverwezen.

Wij geven onze personeelsleden bovendien informatie over externe hulpverlening zodat men rechtstreeks - zonder de werkgever in te lichten - zijn probleem kan verhelpen.

- ***Financiële implicaties***

Een tussenkomst in de behandelingsonkosten voor personeelsleden die via de vertrouwenspersoon zijn doorverwezen naar een externe organisatie is mogelijk en wordt op individuele basis beoordeeld.

❑ VERSLAG GROEP 1 :

GROTE ONDERNEMINGEN

DRUGTESTING

Testing blijft een controversieel onderwerp waarrond nog heel wat vragen en onduidelijkheden bestaan.

Wanneer kan testing gebeuren?
Testing kan gebeuren in functie van onderzoek naar arbeidsgeschiktheid voor een specifieke job. De bedrijfsarts kan op dit vlak initiatieven nemen; weliswaar is hij/zij altijd gebonden door beroepsgeheim en gebeurt de screening in functie van de job. De arbeidsgeneesheer deelt dan mee of de persoon al dan niet geschikt is voor de specifieke job, zonder verdere uitleg. De werknemer wordt beschermd door het beroepsgeheim van de arts.
Een laboratorium mag geen gegevens doorgeven aan een niet-arts.

In sommige bedrijven wordt een ademtest afgenomen om het alcoholgebruik te testen, bijvoorbeeld bij werknemers die op de weg moeten. Het is goed deze mogelijkheid op te nemen in het arbeidsregelement. Tegenexpertise gebeurt enkel bij twijfel over het resultaat. In een bedrijf is zoiets niet voor de hand liggend.
Voor wat betreft de vaststelling van alcoholmisbruik op het werk is het goed om met getuigen te werken. Zij vormen afdoend bewijs en kunnen tevens bij discussie over het resultaat van de blaastest als aanvullend bewijsvoering worden gebruikt.

Alcoholtesting wordt vaak repressief gezien; bij problemen kan het echter ook positief een dialoog op gang brengen. De resultaten van de test worden dan niet gebruikt om ermee naar buiten te treden, maar eerder als werkinstrument.
Soms wordt testing ook door de werknemer zelf gevraagd om het bewijs te leveren dat men clean is; dit is dan een kans voor de werknemer.

Volgens de vakbonden is de rol van de arbeidsgeneesheer duidelijk.
Er dient bij testing een onderscheid gemaakt te worden tussen werknemers die al dan niet een veiligheidsfunctie bekleden. In een veiligheidsfunctie moeten werknemers testing naar gebruik van alcohol en drugs aanvaarden. Positieve resultaten kunnen leiden tot een ongeschiktheidsverklaring, maar niet tot afdanking. Bij werknemers die geen veiligheidsfunctie bekleden mogen de resultaten van een test het kabinet van de arts niet verlaten. De arts mag enkel advies formuleren aan de werknemer.

Een voorbeeld van preventieve drugtesting :
Bij het invoeren van 0,5 promille werd in sommige brouwerijen een preventief programma voor werknemers opgezet als één van de hulpmiddelen voor risicopersoneel (o.a. commercieel personeel). Zij ontvingen een persoonlijke alcoholtester (die gecheckt werd door de rijkswacht) die werd gekoppeld aan de mogelijkheid om zich met een taxi te laten voeren en/of gebruik te maken van een hotel. In dit opzicht wordt de tester preventief gebruikt.

Het is wettelijk niet toegelaten om anoniem at random te testen met het doel gegevens te verzamelen over gebruik en misbruik. Het is evenmin wettelijk om via vragenlijsten van bijv. de personeelsdienst medische informatie in te winnen.

Er werden vooral vragen gesteld naar de concrete implementatiemodaliteiten van een beleid.

Bij het implementeren van een beleid wordt een training voorzien voor leidinggevenden. Bij Monsanto zijn dat alle werknemers tot op het supervisieniveau. De training kadert in een ruimere cultuur van beoordelen.
De directe chefs brengen de informatie over aan hun eigen groep van werknemers. De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de directe chef is belangrijk, waardoor zij de voorkeur genieten boven één centrale vertrouwenspersoon die alle werknemers voorlicht.
De eigen waarden en normen van de directe chefs kunnen een knelpunt zijn alsmede het feit dat ze mogelijk zelf alcoholproblemen hebben. Doordat de chefs evenwel een gezamenlijke training krijgen worden individuele verschillen opgevangen. Daarenboven krijgen ze nadien een concreet uitgewerkt trainingspakket met oefeningen en slides, waardoor een min of meer gelijkvormig programma aan alle werknemers wordt gegarandeerd.

Bij de implementatie van een beleid is onderscheid tussen maatregelen voor de basis en voor leidinggevenden nefast (bijvoorbeeld i.v.m. beschikbaarheid van alcohol). Dit is vaak een knelpunt omwille van de heersende bedrijfscultuur.
Wanneer een alcohol- en drugbeleid gekaderd is in een sociaal beleid wordt dit minder directief.

De beschikbaarheid van alcohol blijft een moeilijk probleem. Voor probleemdrinkers kan het belangrijk zijn dat ze na een behandeling terugkomen in een bedrijf waar de omstandigheden van misbruik zijn verdwenen. Dit is echter vaak moeilijk haalbaar.

Een alcohol- en drugbeleid is een proces op lange termijn. Men dient te beginnen bij de bedrijfstop : hier moet gesensibiliseerd worden. Nadien is een algemene sensibilisering van alle personeel nodig.

Positieve ervaringen met een alcohol- en drugbeleid liggen vooral op het vlak van de verbeterde communicatie waarbij het taboe dat rond dit onderwerp leeft wordt opgeheven; m.a.w. er is een grotere bespreekbaarheid ontstaan.
Daarenboven worden probleemgebruikers beter geholpen.

We beschikken over geen Belgische gegevens voor wat betreft de resultaten van een alcohol- en drugbeleid voor het bedrijf zelf. In de Verenigde Staten werd de 'Return on investment' als volgt berekend : voor een investering van $1 krijgt het bedrijf een return tussen $4 en $12.
We beschikken evenmin over gegevens noch criteria om de resultaten van een beleid voor het individu na te gaan. Praktijkervaringen binnen de hulpverlening tonen aan dat de slaagkans bij verwijzing vanuit een bedrijf veel groter is dan bij elke andere verwijzing. De motivatie is groter (behoud van job/functie) en er zijn meer controle- en follow-up mogelijkheden.

Knelpunten vanuit de externe hulpverlening

Voor wat betreft het betrekken van familie en huisarts is het de werknemer die hierover zelf de beslissing neemt. Dit wordt wel in gesprekken aangebracht.

Vertrouwen is erg belangrijk in deze thematiek : welke kansen blijven er over voor de werknemer als de arts omwille van gebruik de betrokkene als niet geschikt voor een bepaalde functie adviseert? Vertrouwen moet groeien en vertrekt vanuit de intentie. Dit blijft een zeer delicate zaak.

Slotbeschouwing

De aanpak van alcohol- en andere drugproblemen op het werk werd op een zeer genuanceerde en objectieve wijze voorgesteld. Het gaat om een benadering waarin alle partners een opdracht en een taak moeten opnemen. De vragen zijn niet enkel gericht aan de overheid of de werkgever. De oplossingen moeten in de praktijk zelf worden gezocht .

❒ GROEP 2 'OVERHEIDSBEDRIJVEN'

introductie :	Mevr. Mia De Bock, preventiewerkster Primavera Brussel
inleiders :	**specifieke voorwaarden voor een beleid ?** Dhr. Dirk Sagaert, diensthoofd veiligheid, stad Kortrijk **functioneringscriteria en evaluatie** Dr. Herman Willems, provincie Vlaams Brabant **hulpverleningsmogelijkheden** Mevr. Kristien Fostier, sociale dienst, Ministerie Ekonomische Zaken
panel :	Dhr. Rik Mertes, inspecteur-generaal, stad Antwerpen Dhr. André Peeters, journalist De Standaard/Het Nieuwsblad Dhr. Frank Marivoet, secretaris C.C.O.D. - gewest Antwerpen Dhr. Guy Lauwers, secretaris A.C.O.D. - lokale en regionale besturen Dhr. Arthur Rycquart, voorzitter V.S.O.A-haven
moderator :	Dhr. Jan Goorden, ombudsman, Vlaamse Gemeenschap
verslaggever :	Mevr. Hilde Vanhuele preventiewerkster C.G.G. Oostende

❐ ALCOHOL EN ARBEID : specifieke voorwaarden voor een beleid

Dirk SAGAERT
e.a. Ing.
Veiligheidschef

Inleiding

Het opstellen van een alcoholbeleid is niet zo eenvoudig. Alcohol en arbeid valt niet onder de exacte wetenschappen, waar men kan meten, een oplossing becijferen en binnen een schema van tijd, middelen en kostprijs die oplossing in uitvoering brengt.

Om te beginnen is het meten van alcoholproblemen al moeilijk. Als de vraag gesteld wordt wanneer er een alcoholprobleem is, zal dat waarschijnlijk leiden tot veel verschillende antwoorden. Alcohol is duidelijk zo sociaal aanvaard in onze maatschappij dat de grens tussen gebruik en misbruik zeer vaag wordt. Dit leidt ertoe dat men meestal merkt die grens voorbij te zijn als het al veel te laat is.

Daarenboven spelen de sociale relaties ook een belangrijke rol. Van een personeelslid dat zijn taak naar behoren vervult en een goede ingesteldheid heeft, zal men niet zo vlug geneigd zijn op te treden bij alcoholmisbruik dan van een persoon die minder goed presteert en altijd negatief ingesteld is.

Daarbij speelt ook nog een soort ongepaste collegialiteit, waarbij men als groep naar de buitenwereld toe probleemgevallen verbergt, ook omdat men denkt dat intern te kunnen oplossen. Als dat dan ook nog lukt, kan dat enkel toegejuicht worden. De slaagkansen zijn in dat geval eerder beperkt.

Een oplossing voor de alcoholproblematiek inpassen binnen een tijdschema is ook niet zo eenvoudig. Bij alcoholproblemen hebben we een gedragscode, een afsprakenbundel of een reglement nodig, waarbij duidelijk wordt waar de grenzen. We kunnen hierbij enkel proberen zo veel mogelijk persoonsgebonden oplossingen naar voor te schuiven. Een garantie op sukses kan nooit worden bekomen.

Dit mag ons niet ontmoedigen om er iets aan te doen: het preventief karakter van het alcoholbeleid moet de bovenhand hebben.

Specifieke voorwaarden voor een alcoholbeleid

Signalen

De start voor een alcoholbeleid kan pas gegeven worden als er signalen komen, als er misbruiken worden vastgesteld, als er problemen door ontstaan.

Die signalen kunnen van diverse zijden komen :

- van de arbeidsgeneesheer die gezondheidsproblemen vaststelt en merkt dat die een oorzakelijk verband hebben met alcoholmisbruik;
- van de leidinggevenden, die elk in zijn groep zeer goed zijn mensen kent;
- de vaststelling dat via wettelijke procedures het bestuur op de hoogte wordt gebracht van gevallen van dronkenschap bijvoorbeeld bij verkeersongevallen, zij het dat zij dan niet specifiek tijdens de uitoefening van het werk zijn;
- de vaststelling dat via sociale tewerkstelling probleemgevallen worden binnengehaald;

- de vaststelling dat op periodieke beoordelingsverslagen van het personeel ook alcoholproblemen kunnen voorkomen;

REFLEX

Signalen alleen zijn niet voldoende. Zij moeten ergens worden opgevangen. In Kortrijk is het initiatief uitgegaan van de arbeidsgeneesheer, het diensthoofd personeelszaken en het diensthoofd veiligheid om te besluiten dat er iets moest gedaan worden.

Het volgen van een studiedag omtrent de problematiek werd de eigenlijke start om een voorstel naar het bestuur te doen.

TOELATING VAN HET BESTUUR

Het spreekt voor zich dat elk initiatief de goedkeuring van het bestuur moet krijgen. Dit moet principieel vanaf de eerste stap gebeuren.

GROEPSWERK

Alcoholproblemen oplossen is ingewikkeld. Daarom is het van groot belang om het vanuit zo veel mogelijk invalshoeken te bekijken.

Probeer dan ook zo veel mogelijk specialisten te betrekken, op voorwaarde dat ze geïnteresseerd zijn.

In Kortrijk werd een werkgroep 'Alcohol en Arbeid' opgericht met als taak voorstellen uit te werken en aan het bestuur voor te leggen om tot een degelijk alcoholbeleid te komen.
De werkgroep werd als volgt samengesteld :

- voorzitter : de schepen van personeel

- leden ambtenaren : mensen uit de sociale dienst, de personeelsdienst, de juridische dienst, de directie, de verantwoordelijke voor opleiding en vorming, de politie, de dienst 100, de veiligheidsdienst en de representatieve vakbonden

- externe deskundigen : de arbeidsgeneesheer, dienst bijzondere jeugdzorg en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

Er werd ook geregeld beroep gedaan op advies van andere personen, zo dit nodig bleek.

Er dient benadrukt te worden dat het de taak van de werkgroep is om beleidsmatig werk te verrichten en geen rechtbank voor behandeling van probleemgevallen te zijn.

DUIDELIJKE INHOUD VAN HET BELEID

Het uitgangspunt bij het invoeren van een alcoholbeleid moet zeker zijn : het accent te verschuiven van een louter sanctionerend optreden, zoals het in principe bij elk bestuur bestaat, naar een hulpverlenend optreden voor de bestaande probleemgevallen. Maar nog belangrijker is het preventief karakter.

Daarbij moet op gebied van mogelijkheden om te sanctioneren niets worden gewijzigd : het bestaand tuchtreglement moet als stok achter de deur worden gehouden.

Het beleid is er echt op gericht om de afspraken, gedragscode, hulpverlening en tuchtprocedure zodanig te verweven dat ten eerste iedereen weet wat mag, wat kan, wat niet mag en wat niet kan en dat ten tweede er afgebakende kansen voor hulpverlening binnen een individueel aangepast kader worden geschapen en ten derde de leidinggevenden de nodige vrijheid behouden om eventueel strengere afspraken te maken dan het beleid voorhoudt.

Het is nooit de bedoeling geweest om alcohol te bannen om zodoende de grote groep mensen die daar zonder risico mee kunnen omgaan te straffen voor de minderheid die tot risicogedrag komt.

Het is wel nuttig om elk binnen zijn taak te wijzen op de bestaande wetgeving, denken we enkel en alleen maar aan de 0,5 promille ingeschreven in de verkeerswetgeving.

BETROKKENHEID VAN IEDER PERSONEELSLID OM TOT BESPREEKBAARHEID TE KOMEN

Om tot een degelijk alcoholbeleid te komen is de medewerking van leidinggevenden en alle andere personeelsleden vereist.

Om daartoe te komen werd vanaf het begin de nodige ruchtbaarheid gegeven omtrent het bestaan van de werkgroep om zo veel mogelijk spontane reacties te verkrijgen. Dan werden de leidinggevenden gevraagd om mee te werken aan een anonieme enquête.

Daarin werd gepeild naar de omvang van alcoholproblemen, de beschikbaarheid van alcohol op het werk, de wenselijkheid om over te gaan naar een alcoholbeleid en de behoefte naar meer informatie ter zake.

Uit de rondvraag bleek dat de alcoholproblemen niet significant groter zijn bij de werknemers bij het stadsbestuur van Kortrijk dan bij de rest van de beroepsbevolking, dat er zeer weinig afspraken omtrent gebruik waren. Daarnaast verlangden de leidinggevenden een beleid met informatie en voorschriften en verwachtten zij dat dit in de eerste plaats van het bestuur uitkwam.
Die optiek werd gevolgd en heeft geresulteerd in een voorlichtingscampagne, eerst bij de leidinggevenden, later ook bij de overige personeelsleden.

Om het doel niet voorbij te schieten werd het bijwonen van de voorlichtingsvergadering verplicht.

WISSELWERKING VAN DE BASIS NAAR DE WERKGROEP

De informatie- en voorlichtingsvergaderingen zijn nooit opgevat als eenrichtingsverkeer of monologen van de voorlichters.
Er werd ruimschoots de mogelijkheid gelaten tot gedachtenwisseling.

Zo kwamen enkele belangrijke knelpunten telkens weer aan de oppervlakte : de voorbeeldfunctie van bestuur en leidinggevenden, de beschikbaarheid van niet-alcoholische dranken, de snelheid van reageren bij melding van probleemgevallen, en wat met een leidinggevende die een alcoholprobleem op het werk heeft.

Voor al deze knelpunten werd na de voorlichting een oplossing aan het bestuur voorgesteld. Na goedkeuring van deze bijsturing van het beleid werd iedereen op de hoogte gebracht.

DEGELIJK UITGEBOUWD PERSONEELSBELEID

Om tot een goede hulpverlening te komen is een volwaardige personeelsbegeleiding nodig. Met personeelsbegeleiding wordt hier meer bedoeld dan een goed draaiende personeelsdienst.

Daar moet onder worden verstaan : een sociale dienst met personeel die de nodige discretie koppelt aan overredingskracht, mensenkennis, voldoende contactvaardigheid met alle mogelijke hulpverleningsschakels en die bij de leidinggevenden vertrouwen krijgt.

Hulpverlening is meer dan gewoon een doorverwijzen naar mogelijke hulpverleningsinstanties, elk individu moet persoonlijk gevolgd worden, en het is wellicht goed dat de betrokkene ook voelt dat hij gevolgd wordt.

EENVORMIGHEID LEIDT TOT ZELFCONTROLE

Door het opstellen van een degelijk gefundeerd alcoholbeleid wordt een eenvormige regeling nagestreefd. Dat helpt niet alleen de leidinggevenden in hun taak om preventief op te treden, maar leidt automatisch tot zelfcontrole binnen een groep, tussen groepen onderling en tussen leidinggevenden en uitvoerenden en omgekeerd.

VEILIGHEID, GEZONDHEID, RENDEMENT, PRODUCTIVITEIT, VERMINDERD ZIEKTEVERZUIM, DIENSTVERLENING, IMAGO

Overheidsbedrijven denken niet altijd in termen van productie en winst zoals privé-instellingen verplicht zijn te redeneren.
Nochtans is er op dat vlak heel wat vooruitgang te merken. Het bestuur begint ook in die termen te redeneren met de klemtoon op dienstverlening, imago, veiligheid en gezondheid.
Ook het invoeren van een alcoholbeleid speelt in op de genoemde factoren.

❒ BESLUIT

Eens de specifieke voorwaarden om tot een volwaardig alcoholbeleid te komen zijn vervuld, dient nog één belangrijke factor te worden toegevoegd : de factor TIJD.

Het opzetten, uitwerken en invoeren van een alcoholbeleid is eigenlijk een mentaliteitswijziging teweegbrengen.

Dit gaat niet op een jaar tijd. Eens de bespreekbaarheid van het probleem is bewerkstelligd, zult u wel merken dat alles toch in een stroomversnelling terecht komt en dat velen wel zullen denken in termen van een alcoholvrij bedrijf.

Om te illustreren hoe de factor tijd is in te schatten, hierbij enkele gegevens :

januari 1989	• eerste signaal naar het overlegcomité
juli 1990	• tweede signaal door de arbeidsgeneesheer naar het bestuur
november 1990	• reflex door volgen van een studiedag
november 1990	• toestemming bestuur om iets te doen omtrent alcohol en arbeid
januari 1991	• installatievergadering werkgroep
1991	• 11 vergaderingen werkgroep
voorjaar 1991	• enquête onder leidinggevenden
1991	• opstellen afspraken, gedragscode en hulpverlening
voorjaar 1992	• voorlichting leidinggevenden
1992	• 4 vergaderingen werkgroep
najaar 92-voorjaar 93	• voorlichting uitvoerend personeel
1993	• 5 vergaderingen werkgroep
najaar 93	• oplossen knelpunten
1994	• 4 vergaderingen werkgroep
1994	• 30 personen worden begeleid

❐ FUNCTIONERINGSCRITERIA EN EVALUATIE

dr. Herman Willems.

Interventies voor alcohol- en andere drugproblemen op het werk starten meestal op het ogenblik dat de gevolgen ervan op de arbeidsprestaties en het gedragspatroon van de werknemer merkbaar worden. De vraag stelt zich op welke manier deze impact merkbaar en meetbaar wordt. Kan de arbeid en het functioneren binnen de arbeidssituatie van een werknemer op een bepaalde manier worden geëvalueerd en zo ja zijn deze criteria verschillend voor een overheidsbedrijf en voor een 'ander' ?

Zonder in een zwart-wit perspectief te willen vervallen, meen ik toch dat er een aantal verschillen kunnen worden opgemerkt.
Vooreerst is er het feit dat, over het algemeen, de prestatiedruk in overheidsbedrijven lager is dan in 'andere'. Verder is er de eigen aanwervings- en benoemingspolitiek waardoor niet altijd de juiste man of de geschikste kracht op de juiste plaats terecht komt. Vervolgens zijn er de 'gedwongen tewerkgestelden', dit is het quorum van anders- en minder-validen welke de overheidsbedrijven verplicht moeten opnemen in hun personeelsbestand. Speciaal aan het statuut is ook dat het gaat om een benoeming voor het leven zonder dat daar bijkomende verplichtingen tegenover staan.
Een en ander kan met zich meebrengen dat er grote individuele verschillen op gebied van arbeidsprestatie zullen zijn en dat de evaluatie ervan op een genuanceerde manier zal moeten gebeuren.

De 'directe chef' zal in de overheidsbedrijven, net zoals in de 'andere' de spilfiguur zijn die het minder goed presteren en/of functioneren van de werknemer zal moeten evalueren en objectiveren. Het zal van hem heel wat vaardigheden vereisen om dit voor deze heterogene populatie op een correcte en eerlijke wijze te doen. In geval de alcoholproblematiek wordt bevestigd zal van hem verwacht worden dat hij daar het passend gevolg aan geeft. De vraag stelt zich of, gezien de eigen aanwervings- en benoemingspolitiek van de overheidsbedrijven, hij via tucht- en andere maatregelen evenveel druk kan uitoefenen op de werknemer dan in de 'andere'. Ik vrees van niet.

Op gebied van 'preventie' maatregelen zijn er voor beide bedrijven strikt genomen geen verschillen. Het A.R.A.B. en de verkeerswetgeving inzake alcoholgebruik is voor iedereen dezelfde en het staat alle bedrijven vrij een intern reglement inzake beschikbaarheid van alcoholische dranken voor speciale gelegenheden op te stellen. Toch meenden wij, dit is de werkgroep alcoholpreventie en arbeid van de provincie Brabant anno 1994, dat een ander soort preventieve maatregelen kan worden genomen, meer bepaald in overheidsbedrijven.
In die zin werden voorstellen geformuleerd om bij aanwervings-, benoemings- en bevorderingsprocedures een bindend advies te voegen zodat op deze wijze preventief kan worden ingegrepen in gevallen van gekende of vermoedelijke alcoholproblemen. In dezelfde geest werden eveneens voorstellen opgenomen om in geval van ontslag of tuchtprocedures vooraf medisch advies in te winnen alvorens te beslissen.

❒ HULPVERLENINGSMOGELIJKHEDEN

Mevr. Kristien Fostier
Maatschappelijk werkster
Ministerie van Economische Zaken

Binnen het Ministerie van Economische Zaken werden door de medische en de sociale dienst een aantal disfunctioneringsproblemen vastgesteld.
In samenwerking met VAD werd een alcohol- en drugpreventieproject opgestart.
Een stuurgroep werd samengesteld uit vertegenwoordigers van de Directieraad, de Algemene Diensten / Personeelsdienst, de Veiligheidsdienst, de Medische Dienst, de Sociale Dienst, de vakbondsorganisaties en VAD.
De stuurgroep gaat ervan uit dat het gebruik/misbruik van alcohol door sommige ambtenaren een reëel probleem is.
Dit probleem omvat drie aspecten :

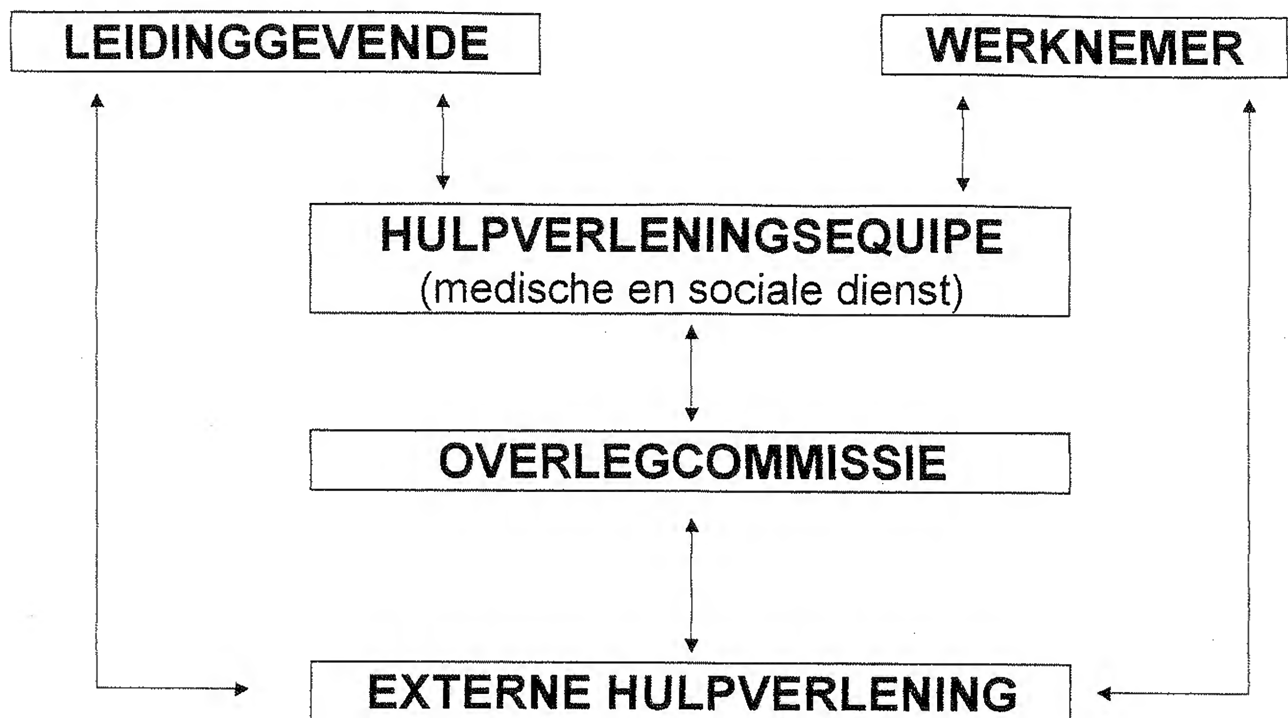
- de kwaliteit van de arbeidsprestaties van de betrokken ambtenaar
- de veiligheid van betrokkene en zijn (arbeids)omgeving
- het welzijn van de individuele ambtenaar en zijn privé-omgeving

Zowel de ambtenaar als de overheid hebben er dus belang bij het probleem effectief aan te pakken.
De werkgever kan hier sanctionerend maar ook hulpverlenend optreden.
De stuurgroep meent dat enerzijds het accent moet liggen op een ALCOHOLPREVENTIEBELEID (omvat vorming, informatie, reglementering en sancties) anderzijds wordt ook de sociale functie van de (overheid als) werkgever erkend en acht de stuurgroep het van het allergrootste belang een aangepaste hulpverlening te bieden aan werknemers met alcohol - en andere drugproblemen.

De aanpak van alcohol- en andere psycho-sociale problemen op het werk kadert in een modern personeelsbeleid, waarbij de werkgever bewust wil opkomen voor het welzijn van de werknemer. Wanneer functioneringsproblemen snel herkend worden, kunnen mensen ook sneller geholpen worden.
Werkgever en hulpverlener kunnen hier complementair werken.

Hoe wordt de hulpverlening georganiseerd en welke zijn de knelpunten ?

Hulpverleningsschema binnen het bedrijf



De hulpverleningsequipe op het niveau van het bedrijf wordt het best samengesteld uit een multidisciplinair team : dokter, verpleegster, maatschappelijk assistenten,.......
Zij vormen de eerste lijn van het hulpverleningskader en zij hebben als belangrijkste functie de motivatie tot gedragsverandering op gang te brengen.
Dit vereist een adequate vorming van de hulpverleners.
Deze motivatie tot gedragsverandering gebeurt het best door een aantal persoonlijke contacten met de hulpvrager. Overleg met het multidisciplinair team is noodzakelijk .
De medische - en/of de sociale dienst blijft de werknemer opvolgen tijdens het ganse hulpverleningsproces. Zij maken afspraken met de externe hulpverleningsorganisaties en volgen het daar afgesproken hulpverleningsschema op.
Zij evalueren deze afspraken op geregelde tijdstippen met instemming van de betrokkene.
Deze follow-up vormt een belangrijk punt van het hulpverleningsproces.
Disfuncties te wijten aan alcohol- en andere drugproblemen brengen meestal nog andere problemen van medische en sociale aard met zich mee. De werkgever en de hulpverlening mogen zich niet bemoeien met de privé-sfeer van de werknemer tenzij deze laatste er de toelating toe geeft.

Knelpunten :

• Het aanbieden van een hulpverleningsmogelijkheid aan een personeelslid met problemen is vaak een excuus vanwege de dienstverantwoordelijken om het functioneren niet meer op te volgen. Vaak gaat het hier om hopeloze gevallen waar men als hulpverlener ook machteloos tegenover staat.

• Vaak hebben verantwoordelijken naar probleemoplossing toe te hoge verwachtingen. Zij verwachten dat eenmaal het personeelslid doorverwezen is naar de medische of de sociale dienst, er snel een oplossing komt voor het probleem.

• Hoe motiveer ik het management tot de uitbouw van een efficiënte, interne hulpverleningsstructuur ?

• Hoe kunnen leidinggevenden tot aanpak van het probleem en tot doorverwijzing naar de interne hulpverleningsstructuur gemotiveerd worden ?
Dit zonder dat zij of de werknemer in een negatief daglicht worden gesteld.
Zij moeten niet wachten tot de problemen uit de hand lopen en er niemand nog energie wenst in te steken (struisvogelpolitiek).

Externe hulpverlening

De doorverwijzing van een hulpvrager naar een externe hulpverleningsorganisatie is afhankelijk van : de problematiek, de individuele voorkeur van de persoon, de financiële situatie, de woonplaats, de tijd,...
Belangrijke elementen bij deze doorverwijzing zijn de kennis van de sociale kaart, de persoonlijke contacten met de externe hulpverleners, het contact met de hulpvrager en of het beleid achter een therapie tijdens de werktijd staat...
Het aanbieden van diverse hulpverleningsmogelijkheden op het niveau van de hulpvrager is een belangrijke schakel in motivatie tot doorverwijzing.
De doorverwijzing kan gebeuren naar Centra Geestelijke Gezondheidszorg, dokters, therapeuten,.... gespecialiseerd in de problematiek eigen aan de hulpvrager.
De onmiddellijke doorverwijzing naar een ziekenhuis kan in een crisisperiode zeer efficiënt zijn en moet niet altijd als laatste schakel gezien worden.

Knelpunten :

- Hoe motiveer ik mensen het best om te kiezen voor externe hulpverlening ? Meestal ligt de drempel te hoog. Hoe kan die drempel verlaagd worden ?
- Kan een alternatief erin bestaan een psycholoog in huis te halen of een antenne te creëren van een C.G.G.Z. of andere organisatie ?
- De inzet voor de opbouw van een extern netwerk.

Follow-up

Hulpverlening aanbieden impliceert functioneren opvolgen.
De follow-up is heel belangrijk en maakt deel uit van het behandelingsproces : deze moet zowel naar het functioneren als naar de behandeling toe gebeuren.
Deze twee parallelle circuits (het hulpverleningscircuit en het nagaan van de kwaliteit van de arbeidsprestaties, moeten zo veel mogelijk van elkaar gescheiden zijn maar sluiten wel best op elkaar aan).
Dit is medebepalend voor het slaagpercentage.

Besluit

De factor 'menselijk potentieel' is voor een overheidsbedrijf heel belangrijk. Daarom is de uitbouw van een hulpverleningsnetwerk op het niveau van het bedrijf evenals de organisatie van de externe hulpverlening van belang.
Hulpverlening aanbieden impliceert functioneren opvolgen.
Het preventief optreden is van even groot belang, zo niet groter, dan het hulpverlenend optreden. De slaagkans van hulpverlening bij verslaving ligt procentueel laag. Preventief kan de schade beperkt worden.
Goedkeuring, inzicht, ondersteuning en motivatie van het management is essentieel bij het opzetten van een alcohol- en drugpreventieproject.
Het toepassen van de algemeen geldende reglementering is eveneens een voorwaarde tot het slagen van een hulpverleningsproject.
Er moet consequent gehandeld worden : geen twee maten en twee gewichten.
De motivatie moet een positief karakter hebben, moet een preventieve aktie inhouden, is verschillend van straffen en is geen tuchtmaatregel maar een reële hulp aan de werknemer.

- ❑ **VERSLAG GROEP 2 :**

OVERHEIDSBEDRIJVEN

In het verleden kwamen de vragen rond het voeren van een alcoholbeleid vooral uit grote privé-bedrijven.
Het feit dat nu ook overheidsbedrijven vragen stellen heeft wellicht te maken met het nieuw imago dat overheidsbedrijven zich aanmeten, waarbij het optimaal functioneren van werknemers een belangrijke vereiste is.

❐ KNELPUNTEN ROND HET UITGANGSPUNT 'PERSONEN AANSPREKEN OP HUN FUNCTIONEREN'

De directe chef heeft hierin een sleutelrol. Hij ligt aan de start van de interventies. Hij is diegene die functioneringsproblemen dient op te merken, bij te houden en op het gepaste moment dient aan te kaarten met de werknemer.

- ***Knelpunt : schipperen tussen een gedragsgerichte en produktgerichte benadering***

  De focus op het functioneren (gedragsgericht) werd niet door iedereen gevolgd.
  Tijdens de discussie was ook de produktgerichte benadering aanwezig. Dit bleek uit de vraag naar vorming rond signalen van onder invloed zijn en het standpunt dat het begrip alcoholmisbruik duidelijk moet gedefinieerd worden in het arbeidsreglement.

- ***Knelpunt : probleem bij het hanteren van functioneringscriteria in overheidsbedrijven***

  Aansluitend op de visie en de vaststellingen van inleider Dr. Willems werden hierrond nog enkele kanttekeningen geplaatst.

  • Door de specifieke cultuur van overheidsbedijven zijn er inderdaad een aantal afremmingsmechanismen (bv. de vaste benoemingen) om functioneringscriteria toe te passen.
  Toch wordt gesteld dat dergelijke afremmingsmechanismen door directe chefs vaak misbruikt worden om hun verantwoordelijkheid te ontlopen. Vaak wordt er dan ook te laat of helemaal niet gereageerd.

  • Het is niet eenvoudig voor directe chefs negatieve evaluaties te geven in een werkcultuur waar dit tot nu toe ongebruikelijk was.
  Er is moed voor nodig om deze cultuur te doorbreken.

  • Het is niet steeds evident om aanknopingspunten te vinden voor een constructieve confrontatie.
  Wat doe je bv. met een drinker die goed functioneert?

Toch werden twee belangrijke invalshoeken aangegeven :

- Functioneringsproblemen die gevolgen hebben op het vlak van veiligheid komen nogal eens voor.
- Het terrein van de werkrelaties moet ook voldoende aandacht krijgen. De zorg voor de andere werknemers die goed functioneren kan inhouden dat men de zwakke schakel die de kwaliteit van de hele dienst verzwakt gericht aanpakt.

• Het is ook belangrijk dat collega-werknemers een vertrouwelijk kanaal hebben waarlangs ze problemen kunnen signaleren.
Voorstellen hierrond zijn : een ombudsdienst, de arbeidsgeneeskundige dienst of de sociale dienst, de directe chef 'nieuwe stijl'.

• De vraag werd gesteld of deze sanctionerende aanpak de persoon niet nog dieper in een probleemspiraal duwt. Is er geen tekort aan 'menselijkheid' in deze aanpak ?

Vooreerst werd gesteld dat werk belangrijk is en dat werkverlies inderdaad nieuwe problemen kan scheppen.
De melding aan de persoon dat er een ontslag dreigt, kan voor de persoon dus een zeer belangrijke motiverende factor zijn om zijn problemen te erkennen en er iets rond te doen.

Bovendien is het ook essentieel dat alvorens er een sanctie valt men eerst een aantal stappen zet met de persoon.
Het gaat steeds om een reeks gesprekken, om een proces waarin de directe chef een ondersteunende rol heeft.

• Vaak is er nog onvoldoende deskundigheid bij de directe chefs in het omgaan met functioneringsproblemen. Er is duidelijk nood aan opleiding.

- ***Een kanttekening bij het feit dat een functioneringsproblemen aanleiding geeft tot handelen***

Functioneringsproblemen kunnen voor een deel ook veroorzaakt worden door de werksituatie zelf.
Wanneer het werk weinig uitdagingen biedt, wanneer mensen te weinig aangesproken worden op hun mogelijkheden of gewoon te weinig werk krijgen kan er démotivatie ontstaan.
Deze démotivatie kan zich uiten in veelvuldige afwezigheid, feestjes bouwen, enz.
Dergelijke situaties vragen om structurele veranderingen die er niet van vandaag op morgen zijn.

❒ KNELPUNTEN ROND DE ROL VAN DE INTERNE HULPVERLENING

• Vaak wacht de directe chef te lang met het doorverwijzen naar de interne hulpverlening.
De mogelijkheden van de interne hulpverlening wordt vaak nog onvoldoende erkend.

• De rol van de directe chef is zeker niet afgerond na de doorverwijzing. Hij dient permanent het functioneren op te volgen.

• Vaak is er onvoldoende personeel om een goede opvang, doorverwijzing en follow-up te realiseren.

• De rol van de interne hulpverlening is ook begrensd. Doorgaans is er geen therapeutische aanpak.
Bijgevolg is het nodig om goede samenwerkingsverbanden met externe hulpverleningsorganisaties uit te bouwen.
Bij de doorverwijzing is het steeds belangrijk dat er aan de persoon verschillende hulpverleningsmogelijkheden, en vooral laagdrempelige, aangereikt worden.

❒ KNELPUNTEN ROND HET EVENWICHT TUSSEN HET AANBIEDEN VAN HULP EN DE CONSTRUCTIEVE CONFRONTATIE

Binnen de groep waren er hierrond twee visies.

De eerste visie pleit ervoor om eerst hulpverlenend op te treden. Wanneer de hulpverleningsmogelijkheden uitgeput zijn of de persoon er niet op ingaat zou men pas sanctionerend optreden.

Binnen de tweede visie werd gepleit voor een parallel optreden.
Het uitgangspunt hierbij is het aankaarten van functioneringsproblemen. In dergelijke gesprekken wordt gepeild naar achterliggende problemen en wordt het hulpverleningsaanbod van de interne diensten aangereikt.
Tegelijkertijd blijft men echter duidelijke verwachtingen stellen rond het functioneren. Men geeft de tijd aan waarbinnen veranderingen moeten worden gerealiseerd en schetst welke procedure gevolgd wordt wanneer veranderingen uitblijven.

De tweede visie had nogal wat bijval vanuit de volgende overweging dat het toepassen van de regelgeving één van de voorwaarden is om het hulpverleningsproces te doen slagen. Hulp bieden zonder constructieve confrontatie houdt het gevaar in dat men met het probleem blijft aanmodderen.

Toch bleven er in de groep vragen hangen rond het concreet realiseren van de parallelle benadering. Opnieuw de vraag dus naar deskundigheidsbevordering.

❐ 30 SECONDEN-AANBEVELINGEN VOOR HET TOPMANAGEMENT

- het belang van hun voorbeeldfunctie naar de werknemers
- tijd nemen om te luisteren naar ondergeschikten
- zelf niet de oorzaak zijn van problemen
- problemen erkennen
- een rechtvaardig en open beleid voeren
- consequent handelen
- duidelijke procedures uittekenen en hanteren
- aandacht voor de medicatieproblematiek
- onderscheid maken tussen gebruik en misbruik
- successtories rond het voeren van een drugbeleid laten horen

❐ GROEP 3 'KLEINE EN MIDDELGROTE ONDERNEMINGEN'

introductie :	Mevr. Marjet Vanderstraeten, preventiewerkster C.A.D. Limburg v.z.w.
inleiders :	**bewustmaking van het probleem** Dhr. Roland Waeyaert, N.C.M.V. **casus** Dhr. Marcel DB
panel :	Dr. Johan Peelman, I.K.M.O. Dhr. Luc Neyens, Vlaams Instituut Zelfstandig Ondernemen Dhr. Paul Kumpen, algemeen directeur bouwbedrijf Kumpen Dhr. Wim Hardy, vormingsmedewerker A.C.V. Brugge
moderator :	Dhr. Johan Rasking, politieke redactie De Standaard
verslaggever :	Mevr. Chris Caubergs, preventiewerkster C.A.D. Limburg v.z.w.

❑ BEWUSTMAKING VAN HET PROBLEEM

Dhr. Roland WAEYAERT
Adviseur N.C.M.V.-studiedienst

❐ CIJFERMATIGE WEERGAVE : WIE ZIJN DE KMO'S ?

Van de 196.000 bedrijven in de private sector telt :

KMO's ZIJN WERKGEVERS		
97,3 %	minder dan	50 werknemers
92 %	minder dan	20 werknemers
83 %	minder dan	10 werknemers
70 %	minder dan	5 werknemers

Het aantal werknemers dat tewerkgesteld is in de private sector is van 36 % (1980) gestegen tot 43 % (1992).
Als men daarbij het groot aantal vrije beroepen telt, vertegenwoordigt de groep van de KMO's een zeer groot werknemersbestand.

❐ WELKE REPERCUSSIES HEEFT EEN ALCOHOL- EN DRUGPROBLEEM BINNEN EEN KMO ?

Wanneer er 10 werknemers binnen een KMO tewerkgesteld zijn en 2 mensen hebben een alcoholprobleem, dan is het actief personeelsbestand met 20 % gedaald.
Wanneer er slechts 4 personen in dienst zijn, betekent dit een halvering van de productiviteit.

De afwezigheid speelt in een KMO in grotere mate een rol. Vervanging is vaak moeilijk te vinden vanwege de specifieke taak van de werknemer.

De meerwaarde van een KMO situeert zich op vlak van de kwaliteit. Dit zowel ten opzichte van de producten als van de diensten. Een alcohol- en drugbeleid kan gekaderd worden binnen deze kwalitatieve benadering. Een zo aangenaam mogelijk werkklimaat creëren is één van de factoren die daarbij een rol spelen.

❐ HET BELANG VAN PREVENTIE

KMO's dienen bewust gemaakt te worden in de richting van een bedrijfseconomische benadering. Voor de interbedrijfsgeneeskundige dienst is hier wellicht een taak weggelegd.
Er is behoefte aan know-how. Dit vereist samenwerking met externe diensten, zodat in een ruimer kader een aanbod voorzien wordt.

❑ CASUS

Marcel, vertegenwoordiger van de A.A., schetste enkele kenmerken die typisch zijn voor de alcohol- (en arbeid)situatie :

- Probleem verbergen/verdoezelen voor de partner
- Periodisch drinken
- Manipuleren
- Liegen
- Zichzelf troosten met de idee "Ik heb dit verdiend want ik heb toch overuren gepresteerd"
- (Kleine) persoonlijke leningen afsluiten

De bedoeling van de Anonieme Alcoholisten naar het bedrijfsleven toe is om de werknemers te motiveren om moedwillig de stap te zetten om hulp te vragen en op die manier de kwaliteit van het leven te verbeteren.

❑ VERSLAG GROEP 3 :

KLEINE EN MIDDELGROTE ONDERNEMINGEN

❑ BEDENKINGEN VANUIT HET PANEL

- ***Paul Kumpen - Bouwbedrijf Kumpen***

• De arbeidsgeneesheer speelt een grote rol bij de aanpak van alcoholproblemen in het bedrijf. De genomen beslissingen dienen consequent toegepast te worden.

• Naar de top van het bedrijf toe is het zeer moeilijk om de regels zonder fout toe te passen.

• Hoewel in het Bouwbedrijf Kumpen reeds een geheel van regels bestaat en hoewel zij een bepaald profiel uitstralen waarbij het accent ligt op veiligheid, is er nood aan externe hulp. Enerzijds voor de uitbouw van een strategie, anderzijds bij een crisissituatie. Qua regelgeving en methodologie ontbreken nog handvaten om tot een coherent beleid te komen.

- ***Luc Neyens - VIZO***

• Binnen het luik 'vorming' van het VIZO komt de thematiek 'alcohol- en drugproblemen' weinig aan bod. De vakken sociale wetgeving en personeelsbeleid laten echter ruimte vrij om dit onderwerp te behandelen.

• De problematiek naar aanleiding van illegale drugs neemt toe, doch alcohol blijft het grootste probleem binnen de KMO's.

- ***Wim Hardy - ACV***

• Het ACV heeft geen specifieke taak binnen een alcohol- en drugbeleid. De functie van deze dienst kan er in bestaan om bij de militanten een mentaliteits- en gedragverandering teweeg te brengen via de vormingsmedewerkers. Een mentaliteit waarbij de reflex bestaat om dergelijke problemen te plaatsen binnen een algemeen personeelsbeleid, waarbij afgezien wordt van emotionele reacties.

• Wanneer zich alcoholproblemen op het werk voordoen, moet dit niet in de doofpot gestoken worden.
De thematiek zou uit de taboesfeer gehaald moeten worden. Alle partijen zijn er bij gebaat om in een open cultuur gesprek te voeren.

- ***Dr. Peelman - IKMO***

• Alcohol- en drugproblemen dienen in een bedrijf niet alleen medisch benaderd te worden, doch ook vanuit de sociaal-menselijke hoek.

• Vele kleine bedrijven hebben geen ervaring om te spreken over een effectief beleid. Het is vaak nog zoeken naar de weg om een juiste oplossing te vinden.

• Het werkbehoud is uiteindelijk de beslissing van de werkgever. Verantwoordelijkheid nemen kan morele problemen met zich meebrengen. Soms kan een aangepast

werkbehoud de oplossing biedenn, waarbij de persoon in kwestie bepaalde functies ontzegd wordt.

❒ DISCUSSIEPUNTEN

- ***De definitie van een K.M.O.***

Er werd heel wat gediscussieerd over de definitie van een K.M.O. Enkele mensen stelden dat een dienst of bedrijf een K.M.O. is vanaf 50 werknemers; anderen legden deze limiet lager of hoger.

De bedoeling van de organisatoren met de opsplitsing in werkgroepen was om aan te geven dat een K.M.O. een andere structuur heeft dan een grote ondememing of een overheidsbedrijf. Er bestaat een grote verbondenheid tussen leidinggevenden en werknemers. Dit feit leent er zich toe om een optimaal alcohol- en drugbeleid uit te bouwen.
Anderzijds bestaat er in kleinere bedrijven minder traditie om gestructureerd een beleid op te starten.

- ***Preventie rendeert***

Hoewel het duidelijk is dat preventieve maatregelen pas na verloop van tijd resultaten opleveren, kan gesteld worden dat preventie rendeert. Op vlak van vermindering van arbeidsongevallen, betere werkprestaties, correcte afspraken, sfeer van vertrouwen en openheid.

- ***Leren omgaan met verschil tussen gebruik en misbruik***

De krachtlijnen van een alcohol- en drugbeleid zijn gericht op de bewustwording van gebruik. Alcoholgebruik steunt vaak op doorwinterde gewoontes.

Een alcoholbeleid in een firma tracht de risico's te minimaliseren en tracht aan te geven dat een situatie zonder alcohol best leuk, nuttig en gezellig kan zijn.
'Leren omgaan met' betekent een verschil hanteren tussen gebruik en misbruik.

- ***Collega's schermen het probleem af***

Dit probleem is niet alleen van toepassing wanneer het gaat om een alcohol- of drugprobleem. Evenzo bij ongewenste intimiteiten, diefstallen of foute beslissingen schermen collega's het probleem af, deels uit bezorgdheid voor de betreffende collega, deels uit onwetendheid hoe te reageren. Het probleem wordt erger en de drempel om er over te praten wordt hoger.

Hoe vroeger het probleem gesignaleerd wordt, hoe minder impact er in het bedrijfsleven is. Het zoeken naar een oplossing verloopt vlotter en vergt minder energie.

GROTE VOORZIENINGEN

1. **OSP : Onderwijs voor Sociale Promotie**
   (instellingen op secundair en hoger niveau)

2. **VDAB : Beroepsopleiding**
   (eigen centra)

3. **VIZO : Middenstandsopleiding**
   (erkende centra)

BIJKOMENDE CIRCUITS

4. **Sectoriële initiatieven :**
   paritair beheerd door sociale partners
   (fondsen, VZW's)

5. **Lokale initiatieven :**
   lokale overheden (gemeenten, OCMW's)
   en particuliere organisaties (VZW's)

schema 1. Arbeidsgerichte opleidingen voor kansarme groepen : drie grote voorzieningen en twee bijkomende circuits

bron :
Kansarm op de arbeidsmarkt - Kansrijk op de opleidingsmarkt ?
Koning Boudewijnstichting 1992

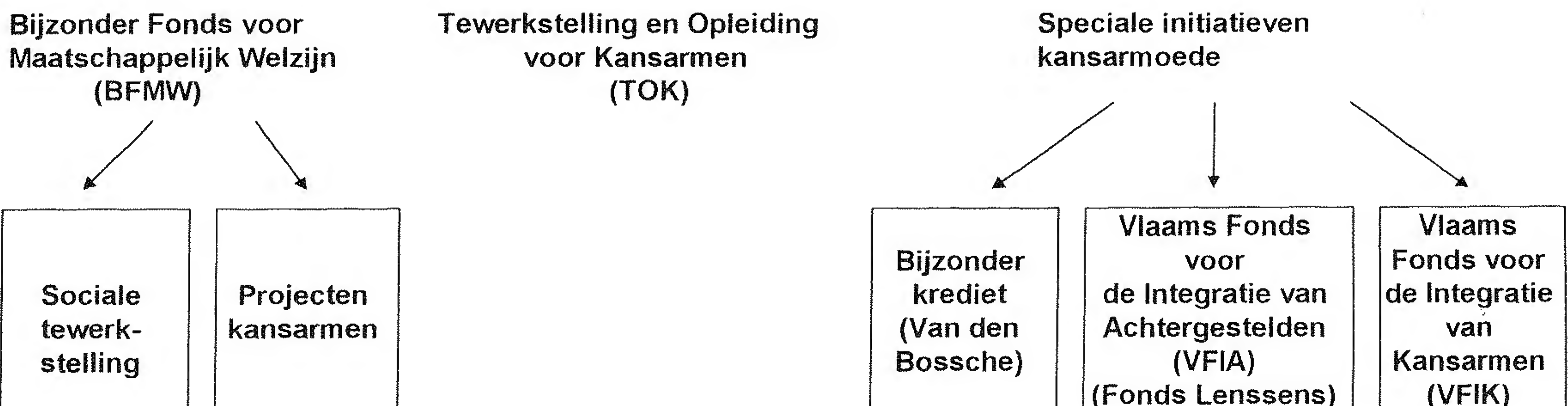
PARTICULIERE SECTOR

Samenlevingsopbouw

Projecten voor laaggeschoolden langdurig werklozen (projecten Kelchtermans)

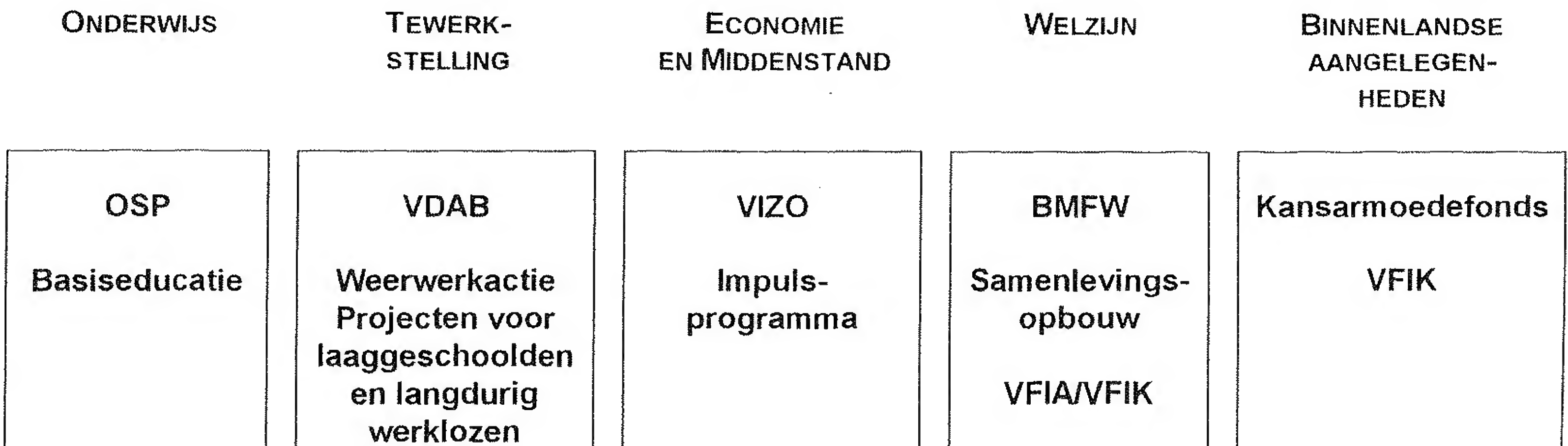
Sociale werkplaatsen

OPENBARE SECTOR



schema 2. Arbeidsmarktgerichte opleidingen van kansarme groepen : overzicht van de lokale initiatieven

bron :
Kansarm op de arbeidsmarkt - Kansrijk op de opleidingsmarkt ?
Koning Boudewijnstichting 1992



schema 3. Arbeidsmarktgerichte opleidingen van kansarme groepen : bevoegdheden waaronder de diverse initiatieven ressorteren

bron :
Kansarm op de arbeidsmarkt - Kansrijk op de opleidingsmarkt ?
Koning Boudewijnstichting 1992

❒ CASUS :

BENADERING VAN HET PROBLEEM VANUIT EEN OPLEIDINGPROJECT

Dhr. Ivo VAN DER STEEN
hoofd sociale diensten O.C.M.W. ASSE
Coördinator TOK-projecten Asse

❒ VOORSTELLING OCMW-ASSE

Asse, een gemeente gelegen én aan de rand van het Pajottenland én aan de rand van de Brusselse grootstad, vertoont met zijn 27.000 inwoners de typische kenmerken van deze dualiteit : enerzijds bestaat het uit kleine landbouwgemeenten (Kobbegem, Bekkerzeel,..) rond een kern met aankoopfunctie (Asse) en anderzijds uit een voorstadgemeente (Zellik) met hoogbouw, een stadsmentaliteit, veel Franstaligen en betrekkelijk veel vreemdelingen (80% van de 93 kandidaat politiek vluchtelingen die in Asse wonen, verblijven in de deelgemeente Zellik).

Het OCMW-Asse dat voor 1979 bestond uit een rusthuis, een secretaris en een maatschappelijk werker ontwikkelde zich tot een goed uitgebouwd welzijnsnet met inmiddels reeds een veertiental diensten die de inwoners van Asse kunnen bijstaan van de geboorte (de dienst onthaalmoeders) tot het overlijden (rust- en verzorgingstehuis).
Op 15 jaar tijd steeg het personeelsbestand van 45 naar 150.
Het OCMW telt 9 maatschappelijk werkers waarvan er drie tewerkgesteld worden op de sociale dienst. Ze zijn de stuwende krachten achter het opleidingsproject.
Het aantal BM-gerechtigden bedraagt 44, inclusief de 16 personen die worden tewerkgesteld in het opleidingsproject.

❒ VOORSTELLING OPLEIDINGSPROJECT

Het OCMW-Asse kent een lange traditie van sociale tewerkstellingen. Reeds in 1980 werden probleemgevallen tewerkgesteld. Aanvankelijk een vijftal per jaar, bijna uitsluitend mannen.
Het waren meestal mensen die zichzelf in nesten hadden gewerkt (alcoholisme, echtscheiding). Ze werden tewerkgesteld in het onderhoud, kregen geen opleiding of degelijke begeleiding. Ze moesten vooral proberen om zo weinig mogelijk last te verkopen.
Door de aard van hun problemen verwierven ze binnen de toen nog beperkte OCMW-structuur een eigen 'statuut'. Ze kwamen en gingen maar, dronken alcohol tijdens de werkuren en de 'begeleiders' waren blij dat ze al eens niet kwamen opdagen.

Om te vermijden dat ze een nefaste invloed zouden uitoefenen op het personeel in vast dienstverband werden ze geïsoleerd.
Het OCMW kreeg een oude, vervallen hoeve ter beschikking en er werd besloten om de sociale tewerkgestelden daar wat tuinonderhoud te laten verrichten.
Voor de begeleiding werd een technisch personeelslid deeltijds vrijgemaakt. Die begeleiding bestond voornamelijk uit het vervoer van en naar de hoeve, het brengen van soep en het uitdelen van wat goedbedoelde schouderklopjes.

Pas in 1987 komt er enige wijziging in deze zachtjes voortkabbelende situatie.
De v.z.w. Tewerkstelling - Opleiding - Kansarmen was op zoek naar OCMW's waar er een embryonale vorm van sociale tewerkstelling aanwezig was en kwam o.a. ook bij het OCMW-Asse terecht.
Er werd een maatschappelijk werker vrijgemaakt om aan het nieuwe project vorm te geven.
Samen met een technisch begeleider werd deze m.w. door de v.z.w. TOK 'getraind'.
Tussen de vijf pilootprojecten werden ervaringen uitgewisseld. In al de projecten deden zich immers dezelfde moeilijkheden voor; in al de projecten werden ze geconfronteerd met het wispelturige gedrag van de vaak aan alcohol verslaafde deelnemers.
Omdat er vaak te weinig structuur en mankracht werd aangeboden, dienden de meeste projecten vrij kordaat op te treden tegenover 'onaangepast gedrag" op de werkplaats.

Meestal had dit voor gevolg dat de betrokkene in kwestie het mocht komen uitleggen op de raad waarop vaak ontslag volgde. De betrokkene kreeg dan wel opnieuw een bestaansminimum waarover hij vrijelijk kon beschikken en de vicieuze cirkel waaruit hij kwam voor zgn. deelname aan het project kon zich terug openen.
Na enkele desastrueuze ervaringen op dit vlak besloten we het in Asse anders te gaan aanpakken.

Eerst en vooral werd er een stuurgroep opgericht waarin maatschappelijk werkers van verschillende diensten (o.a. ook de dienst geestelijke gezondheidszorg) samen met enkele technische personeelsleden rond de tafel gingen zitten om iedere deelnemer individueel te evalueren.
Voor ieder probleemgeval werd een individueel hulpverleningsplan opgesteld waarvan ieder stuurgroeplid een deel voor zijn/haar rekening nam. Op die manier konden we aan de probleemdeelnemers laten voelen dat we het echt meenden met hun integratie en dat het niet langer meer de bedoeling was om hen op een eiland te plaatsen.
De projectdeelnemers werden dan ook niet langer enkel en alleen maar tewerkgesteld op de hoeve. Al naargelang van hun mogelijkheden werd aangepast werk aangeboden. Afhankelijk van hun persoonlijkheid werden ze ondergebracht in een bepaalde groep bij een bepaalde technisch begeleider. De 'onmogelijke' gevallen werd een begeleiding aangeboden in de dienst geestelijke gezondheidszorg waar naast een maatschappelijk werkster ook een psycholoog en een psychiater konden worden ingeschakeld.
De begeleiding van de werkende alcoholist werd dus sterk gepersonaliseerd en er werd zeer kort ingespeeld op de moeilijkheden die zich voordeden.
Wanneer een probleemgeval niet op het werk verscheen, werd er bijvoorbeeld na een uur onmiddellijk een huisbezoek verricht. De controlerende, bestraffende functie van de technisch begeleiders en de maatschappelijk werkster werd omgebogen. De bedoeling moest steeds duidelijk overkomen : "wij zijn met u begaan, het project is uw laatste kans, we begrijpen uw problemen, die problemen zijn er niet van de ene op de andere dag gekomen en een oplossing kan niemand er direct aan geven.
Na het opzetten van deze vertrouwensrelatie, waarbinnen onze mogelijkheden én beperkingen duidelijk werden aangeven, werd de uitbouw ervan verder gerealiseerd via allerlei praktische zaken. Meestal werd er een intensieve budgetbegeleiding opgezet, kregen ze alfabetisatielessen of werd er een resocialisering nagestreefd door weg te gaan in groep.
De problemen met de sociale zekerheid (mutualiteit, kinderbijslag,...) werden aangepakt door de maatschappelijk werkster van de sociale dienst. Voor de resocialisatie en alfabetisatie werd een half-time logopediste in dienst genomen. In een later stadium werd er nog een half-time maatschappelijk werkster aangeworven om aan arbeidsbemiddeling te doen voor de deelnemers die hun opleiding hadden voltooid.
Want, voor een goed begrip, ondertussen was het vervallen boerderijtje uitgegroeid tot een volwaardig opleidingsproject waar de deelnemers een opleiding tot polyvalent klusjesman kregen. Een ongeschoold arbeider bleef weliswaar een ongeschoold arbeider, maar op het moment dat hij het project verliet had hij vaak opnieuw leren opstaan, opnieuw geleerd zich voor iets in te zetten, was hij uit zijn isolement geraakt, kon hij op een adequate manier zijn geld beheren of laten beheren, waren zijn papieren in orde,.....en had hij soms zicht op een vaste job.

Uiteraard, en wie met hulpverlening bezig is weet dit maar al te goed, waren het niet allemaal successtory's. Er bleven deelnemers die niettegenstaande de gepersonaliseerde aanpak er niet toe kwamen om zich te integreren en uiteindelijk vroegtijdig het project verlieten of werkelijk vroegen om aan de deur te worden gezet door ostentatief bepaalde zaken te stelen of dingen te vernietigen.

Vooral het afgelopen jaar werden we met een nieuw soort probleemgevallen geconfronteerd, namelijk de jonge druggebruikers.

De begeleiders werden vooral geraakt door hun gebrek aan motivatie en eerlijkheid.
Vaak smeekten ze vanuit de gevangenis om toch maar in het project te kunnen worden opgenomen omdat een tewerkstelling vaak verbonden wordt met een voortijdige invrijheidstelling. Maar eenmaal dat ze dan in het project werden opgenomen, probeerden ze alles te doen om zo vlug mogelijk opnieuw te worden ontslagen. Het kwam er voor hen vaak enkel op aan om de rechtbank, de probatie assistenten, hun ouders, op het verkeerde been te zetten.
Ook onze begeleiders hebben het vaak zeer moeilijk met het irrationele, agressieve gedrag van deze toxicomanen die lachen met een inkomen van 32.000 fr per maand.
In het werkjaar '94 werden dan ook verschillende jonge druggebruikers-projectdeelnemers aan de deur gezet. Gewoon vanuit een onmacht, zoals we vroeger de alcoholverslaafde deelnemer aanpakten.
De systemen die we opgezet hebben om de aan alcohol verslaafde deelnemer te begeleiden functioneren niet bij druggebruikers.
Met alle gevolgen van dien : technisch begeleiders die radeloos zijn, maatschappelijk werkers die het niet meer zien zitten, de andere deelnemers die dreigen het slachtoffer te worden.
Op dit ogenblik is het voor ons duidelijk : we aanvaarden geen druggebruikers meer in het project tot wanneer we voldoende onderbouwd en 'bijgeschoold' zijn om een adequaat antwoord te geven op deze voor ons nieuwe problematiek.
We hadden gehoopt dat 'trial and error' ons ook bij deze drugproblematiek had kunnen helpen. De ervaring leert dat een aan drugverslaafde deelnemer enkel zorgt voor errors en de begeleiders geen trials gunt...
Ondertussen wordt er wel meegewerkt aan de uitbouw van een gemeentelijk drugplatform, waarin de nadruk vooral komt te liggen op preventieve activiteiten voor jongeren tussen de 14 en de 18 jaar.
En samen met een paar mensen van het beleid werden projecten bezocht waarin enkel en alleen met drugverslaafden wordt gewerkt.

Deze bezoeken hebben ons geleerd dat drugverslaafden in opleidingsprojecten op verschillende manieren kunnen worden aangepakt, maar dat de aanpak steeds bijzonder intensief moet gebeuren en liefst residentieel. Een setting waarbinnen aan de druggebruiker de kans wordt geboden om iedere avond terug te keren naar zijn vertrouwde omgeving en zijn 'leveranciers' heeft niet veel zin en tast daarentegen de niet-gebruikers aan. Een opleidingsproject met druggebruikers kan maar slagen als het project drugvrij kan worden gehouden.
Daarnaast dienen de medewerkers ofwel een ongelooflijk charisma uit te stralen ofwel een psychotherapeutische training te hebben doorlopen ofwel zelf ex-druggebruiker te zijn....
De activiteiten in het opleidingsproject moeten aanvankelijk zeer eenvoudig worden gehouden. Een (ex-) druggebruiker onmiddellijk proberen een opleiding te geven tot bijvoorbeeld klusjesman heeft geen enkele zin. In een eerste fase van het opleidingsproject kan een druggebruiker zich enkel concentreren op ongecompliceerde zaken zoals het verzorgen van dieren, hout zagen, groenten planten.

❐ BESPREKING VAN CONCRETE GEVALLEN

❑ VERSLAG GROEP 4 :

OPLEIDINGSINITIATIEVEN EN NIET-REGULIERE TEWERKSTELLINGSPROJECTEN

❑ KNELPUNTEN BIJ DE INTRODUCTIE VAN EEN ALCOHOL- EN DRUGBELEID

• Het introduceren van een alcohol- en drugbeleid is een werk van lange adem en met nieuwe projecten is het meestal 'korte-adem werk'. We hebben de problematiek leren kennen door de dagdagelijkse confrontatie : 10 à 15 % van de deelnemers haken af tijdens het verloop van het project en tussen 80 en 90 % daarvan door de alcohol.
Vragen daarbij : moeten we meer gaan screenen bij de intake ?
Bij weerwerkgesco's zit men met het probleem dat werknemers moeilijk kunnen ontslagen worden.
(Vitamine W.)

• Aandacht voor deze problematiek kan omgekeerd effect hebben : vraag naar 'slaagpercentages' en aanwending omkaderingsgelden ?
Conclusie : 'voorzichtige aandacht' maar ook de vaststelling dat men voor een stuk onmachtig is.
Daarnaast een constatatie van een verschuiving van alcohol naar illegale drugs.
Dealen kan opbrengen en is een serieuze concurrent als tewerkstelling met andere reguliere tewerkstellingsplaatsen.
Illegaal druggebruik is nog veel moeilijker te hanteren dan alcoholgebruik.

• Het OCMW is een vraagbaak : een concentratie van dit soort publiek.
Er is echter geen know-how, geen begeleiding voor de maatschappelijk werkers en begeleiders van deze problematiek.
Er is een uitwisseling van ervaringen nodig en initiatieven naar begeleiders en instructeurs toe.

• De lat van prestaties wordt vaak even hoog gelegd in de niet-reguliere tewerkstelling; er is ook geen verschil in toepassing sancties.
Er is nood aan ondersteuning op de werkvloer. Maar daarnaast en niet in het minst wordt beleidsondersteuning gevraagd.

• Voor bepaalde doelgroepen is de aanpak veel professioneler : binnen een netwerk en met trajectbegeleiding.

• Naar mensen met alcoholproblemen stelt men zich de vraag wat deze in dit soort van projecten doen of kunnen doen.
Ook de aanwerving is vaak toevallig : in sommige projecten is een verplichte begeleiding voorwaarde voor tewerkstelling; in andere 'slippen' ze er door.

• Een sociaal tewerkstellingsbeleid houdt op zich een kansenbeleid in : hoe ver kan dit type van organisatie gaan in het tolereren van disfunctioneren ten gevolge van alcohol- en drugmisbruik ?
Het kansen geven vooraleer tot ontslag over te gaan is sterk verschillend. Het onderscheid in reageren t.a.v. andere problematieken is reëel.

• Veel vragen naar optreden bij herval.

• (het gebrek aan) Voorbeeldfunctie van bestuurlijke organen.

• Hulpverlening is niet aangepast aan deze vorm van tewerkstelling.

• Opleidings- en tewerkstellingsinitiatieven zijn als dusdanig geen hulpverleningsinstellingen al wordt wel geconstateerd dat mensen door te kunnen werken weerbaarder worden, openbloeien. Moeten mensen met alcohol- en drugproblemen

• Opleidings- en tewerkstellingsinitiatieven zijn als dusdanig geen hulpverleningsinstellingen al wordt wel geconstateerd dat mensen door te kunnen werken weerbaarder worden, openbloeien. Moeten mensen met alcohol- en drugproblemen eerst in een voortraject tewerkgesteld worden vooraleer ze naar opleidings- of tewerkstellingsprojecten kunnen gaan.

• Gebrek aan financiële middelen.

• Minder goed imago (gebruikende - voornamelijk alcohol - doelgroep) en positie (tweederangstewerkstelling ?)

• Doelgroep met weinig verbale mogelijkheden : hoe benaderen ?

❐ VOORSTELLEN

• Aangepaste opleiding en vorming voor :

  • coördinatoren
  • instructeurs
  • maatschappelijk assistenten

• Uitwisseling van ervaringen

• Aangepaste hulpverlening : visie en hulpverleningskanalen uitwerken met preventiewerkers en hulpverleners.

❒ GROEP 5 'GEZONDHEIDSSECTOR'

introductie : Dhr. Marc Tack,
preventiewerker C.AT. Gent

inleiders : **De hulpverlener als patiënt**
Dhr. Marcel Vanhex,
directeur C.A.D. Limburg v.z.w.
Getuigenis
Dhr. Bart Thomas,
Dienst Psychiatrie U.Z.G.

panel : Dhr. Rohnny Berden,
P.Z. Sancta Maria Sint-Truiden
Dhr. Henk Vandenbroele
Nationale Federatie Wit-Gele Kruisverenigingen
Dr. Johan Corthouts
Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen
Dr. Joël Boydens,
Landsbond Christelijke Mutualiteiten

moderator : Dhr. Patrick Martens*
binnenlandredactie Belang van Limburg

verslaggever : Mevr. Martine Couvreur
preventiewerkster C.G.G. Leuven

* in laatste instantie vervangen als moderator door Marcel Vanhex

❐ DE HULPVERLENER ALS PATIËNT

Marcel VANHEX
directeur C.A.D. vzw Limburg

❒ ENKELE BEDENKINGEN BIJ EEN ALCOHOL- EN DRUGBELEID IN DE GEZONDHEIDSSECTOR

• ***Hulpverlener, een burger als een ander***

Alcoholproblemen bij 5 à 6 % van de beroepsbevolking.

4,2 % van de personen in behandeling omwille van middelenafhankelijkheid zijn hulpverleners.
Het percentage hulpverleners in de beroepsbevolking is gelijk aan ?

Nochtans zelden een 'alcoholbeleid' in de verzorgingssector :

- De instellingen zijn kleine K.M.O.'s
- Hulpverlener als patiënt = taboe

• ***Hulpverleners als risicogroep***

- Psychische belasting
- Resultaten moeilijk meetbaar
- Weinig werkstructuur (werkuren, ...)
- Grote zelfstandigheid
- Beperkte controle
- Grotere tolerantie onder collega's

  → vormen extra risico's + kan aardig uit de hand lopen ...

• ***Aanpak***

- Hulpverleningsinstellingen = een apart bedrijf
  → nood aan extra aandacht voor alcohol en ander psychotrope stoffen
- Opnemen in arbeidsreglement
- Doorverwijzing naar hulpverlening wordt bemoeilijkt door moraliserende houding bij vele hulpverleners.

❑ Verslag Groep 5 : Gezondheidssector

1. Hulpverleners : een bijzondere risicogroep ?

Om verschillende redenen vormen hulpverleners een risicogroep inzake middelengebruik :

- de werkorganisatie (soepele werkuren, solo-werkers, solo-situatie, beperkte (sociale) controle, werksfeer en -belasting
- de beschikbaarheid vooral m.b.t. medicatie
- het resultaat van het werk is vaag
- veiligheidsaspecten met consequenties voor derden

De risico's verschillen niet enkel per beroepsgroep, maar ook in het algemeen van persoon tot persoon, man-vrouw, stedelijk-ruraal gebied.

2. Toepasbaarheid van het model in de gezondheidssector

De toepasbaarheid van het model en de strategie voorgesteld door de VAD, is afhankelijk van de organisatiestructuur en omvang van de gezondheidsinstellingen.

In een organisatie gezondheidszorg met een duidelijke hiërarchische structuur die (interne en externe) controle- en vormingsmogelijkheden biedt, kan het geschetste model worden toegepast (vb. Wit-Gele Kruis, C.M.).

Veel organisaties/instellingen uit de gezondheidszorg vallen echter niet onder dit type (bijvoorbeeld huisartsen, kleine centra, ...).

3. Noodzaak van een beleid in de hulpverleningssector

Geen onderscheid inzake noodzaak van een drugbeleid met andere sectoren :

- In gezondheidsdiensten werkt, naast personeel met een specifiek hulpverlenende taak, ook veel niet-hulpverlenend personeel (poetsdienst, kantine, ...). In dat opzicht verschillen deze instellingen niet van andere bedrijven.

- T.a.v. het hulpverlenend personeel zal de werkgever, ook in de gezondheidszorg, uitgaan van de arbeidsprestaties van de werknemer (probleem : moeilijkere supervisie van de "goede hulpverlener"). Daarbij komt ook de voorbeeldfunctie die deze werknemers in het kader van hun opdracht moeten realiseren (zie ook verder: reglement).

1. Regelgeving of gedragscode

uitgangspunt : totaal verbod op gebruik tijdens en tussen werkuren is evident

- o.w.v. de voorbeeldfunctie en geloofwaardigheid voor de gezondheidssector in het algemeen en de alcohol- en drugdiensten in het bijzonder

- o.w.v. de negatieve connotatie van alcohol :
Alcohol krijgt in een intermenselijk contact een totaal andere connotatie als in de samenleving in het algemeen. In een hulpverlenings-(werk)contact is alcohol niet het gangbare sociale smeermiddel, maar wordt door de cliënt/patiënt/hulpvrager geconnoteerd met : geen volledige luisterbereidheid, niet volledig alert, ... geen perfecte hulpverlening kortom.

Reglement en Code :

- Regelgeving inzake middelengebruik (absoluut verbod tijdens en tussen de werkuren) opnemen in het Arbeidsreglement !

- Werknemers uit de sector zouden bovendien ook buiten de arbeidssituatie een gedragscode inzake alcohol- en druggebruik moeten hanteren.

In de praktijk blijkt dat de meeste aanwezige gezondheidsorganisaties dit verbod reeds opnamen in hun reglement (Sancta Maria, UZG, CAD, Wit-Gele Kruis, ...).

Aanvullend

- Een reglement is zinloos wanneer het niet strikt wordt toegepast.
- Indien men geen regelgeving kan opleggen (vb. WVVH) is een gedragscode zinvol.
- Reglementering brengt strengere sociale controle mee (kans op overtreding kleiner) en maakt het de hulpverlener-werknemer in een aantal situaties makkelijker om gebruik te weigeren.
- Extra vrees voor imago-problemen bij gezondheidsinstellingen wanneer een reglementering of alcoholbeleid zou worden uitgewerkt.

2. Doorverwijzing en hulpverlening

In het kader van doorverwijzing en hulpverlening werkt in eerste instantie het statuut van de hulpverlener zelf belemmerend.
Het formeel aanvaarden van hulpvraag en begeleiding is voor veel hulpverleners (en collega's) een probleem.

Supervisie van mensen in opleiding en in de werksituatie op dit vlak is een werkpunt.
De hulpverlening is niet perfect ! (immuniteitsgedachte). Hierdoor is de 'co-alcoholicus' (collega) zo gezegd een nog betere hulpverlener dan bij een 'gewone' cliënt.

3. Voorlichting en communicatie

- Ook in de gezondheidssector is het belangrijk dat de basis betrokken wordt

- Groot deel van personeel in de gezondheidssector heeft helemaal geen voorkennis inzake alcohol- en druggebruik en -beleid.
Hulpverleners hebben wat dit betreft meestal ook weinig opleiding en zijn aangewezen op bijkomende vorming. Dus vorming noodzakelijk.

- Vorming overlaten aan een externe instantie (bijvoorbeeld niet door alcoholzorgafdeling aan de rest van het ziekenhuis).

❒ ACHTERAF

Opvallend was dat in de loop van de discussie in hoofdzaak (en praktisch uitsluitend) alcohol ter sprake kwam.
Toch is duidelijk dat het besproken preventiebeleid zowel alcohol als medicatie omvat.

Wat medicatie betreft, is de problematiek binnen de gezondheidssector erkend.
Zo zoekt men in het U.Z. Gent momenteel uit welke organisatorische factoren (o.a. beschikbaarheid, controle op de verdeling van medicatie, ...) hierin een rol spelen.
Voor medicatiegebruik in het algemeen wordt verwezen naar het voorschrijfgedrag van artsen (voorschrift als vriendendienst aan collega-niet-arts).
De huidige codering die externe controle mogelijk maakt zou hier een goede zaak zijn.

Wat illegale drugs betreft, zijn de statistieken uiterst beperkt en zij worden als marginaal beschouwd.

❒ Annex :

- animator Walter Baele
- aanwezigheidslijst

NIJS	Lutgart	GEMEENTEKREDIET	Verpleegster	groep 3
NOUTERS	Ines	EUROCONTROL	Psychologe	groep 1
OP 'T EYNDE	Carla	WONEN & WERKEN Leuven	Tewerk. & opleiding kansarmen	groep
OVERSTEYNS	Bernadette	Balie Leuven	Advokate	groep 1
PEELMAN	Johan	I.K.M.O.	Arbeidsgeneesheer	groep 3
PEETERS	Rogers	N.V. DREDGING INTERNATIONAL	Personeelsdirecteur	groep 1
PEETERS	Leo	VLAAMSE GEMEENSCHAP	Min. van Tewerkst. & Soc. Aan.	groep
PEETERS	André	DE STANDAARD/HET NIEUWSBLAD	Journalist	groep 2
PHILIPPAERTS	Paul	B.R.T.N.	Adjunct VGV	groep 2
PHILIPS	François	A.B.V.V.	Adviseur Veiligh. & Gezondh.	groep 1
PIOT	Anne-Marie	FAMEDI	Arbeidsgeneesheer	groep 3
PLETS	Christine	MIN. VLAAMSE GEMEENSCHAP	Verpleegster	groep 2
POLLEFEYT	Frans	GROEP BOERENBOND	Bedrijfarts	groep 1
PUYPE	Mieke	KIND EN GEZIN	Sociaal afgevaardigde	groep 2
QUAEGHEBEUR	L.	CMBT	Bedrijfarts	groep 1
RASKING	Johan	DE STANDAARD	Politieke redactie	groep 3
RENARD	Lisbeth	ELECTRABEL	Sociaal assistente	groep 1
RENIERS	Fred	PROVINCIEBESTUUR ANTWERPEN		groep 2
RIGO	Myriam	BUILDING N.V.	Personeelszaken	groep 1
ROEBBEN	Willy	STAD ANTWERPEN	Sociaal Adjunct VGV	groep 2
ROMBAUT	Chris	VLAAMSE LANDMAATSCHAPPIJ	Bestuurssecretaris	groep 2
ROSSEEL	Eric	V.U.B.	Professor	groep
RYCQUART	Arthur	STAD ANTWERPEN	Voorzitter v.s.o. Haven	groep 2
SAGAERT	Dirk	STAD KORTRIJK	Diensthoofd veiligheid	groep 2
SCHELLENS	Anja	GENERAL BISCUITS	Bedrijfsverpleegkundige	groep 1
SCHILLEWAERT	Frank	MIN. VAN TEWERK. & SOC. AANG.	Kabinetsmedewerker	groep
SCHOEVAERTS	F.	SOLVAY	Personeelschef	groep 1
SCHRAUWEN	Josee	FINA RAFFINADERIJ	Afdelingshoofd sel. & aanwerv.	groep 1
SEMPELS	Christel	O.C.M.W.	Maatschappelijk assistente	groep 4
SLEECKX	Frans	AMOCO CHEMICAL BELGIUM	Verpleger	groep 1
SMITS	Marc	STAD ANTWERPEN	Kabinetssecretaris personeel	groep 2
SNOEKS	I.	ESSO BELGIUM	Bedrijfsarts	groep 1
SOOGEN	Marijke	ALCATEL BELL	Hoofd bedrijfsgeneesk. dienst	groep 1
SPRENGERS	Anne	ASLK	Sociaal assistente	groep 1
SPRUYT	Mariette	OCMW ANTWERPEN	Maatschappelijk assistente	groep 2
SPYSSCHAERT	Gert	A.W. Dendermonde	Projectwerker	groep 4
STAELENS	Michèle	C.G.G. Leuven	Preventiewerkster	groep 4
STEEN	Dirk	Min. Tewerkstelling & Arbeid	Inspecteur-Generaal	groep 1
STOCKMANS	Greta	ELECTRABEL	Sociaal assistente	groep 1
STORME	Michèle	DE VERENIGDE INDUSTRIEEN	Arbeidsgeneesheer	groep 3
STRAETEMANS	Christel	K.U. LEUVEN	Wetenschappelijk medewerker	groep 1
STUYCK	Koenraad	APRIM VZW	Arbeidsgeneesheer	groep 1
SURMONT	Jan	O.C.M.W.	Maatschappelijk werker	groep 4
SWENNEN	Bert	UNION MINIERE	Bedrijfarts	groep 1
SZABO	Z.	Algemeen Medisch Labo	Public Relations	groep 1
TACK	Marc	C.A.T. Gent	Preventiewerker	groep 5
TAMPèRE	Reinhilde	UNILEVER BELGIUM	Sociaal verpleegkundige	groep 1
TEIRLYNCK	M.	MONSANTO		groep 1
TEUGELS	Caroline	CGG LEUVEN	Stagiaire	groep 1
THOMAS	Bart	U.Z. GENT	Medewerker	groep 5
TICHON	J.	BBL	Arbeidsgeneesheer	groep 1
TIESEMA	Pieter		ere-voorzitter sector arbeid	groep
TIESEMA	Jenny			groep

UYTTERHOEVEN	Alf.	IDEWE	Bedrijfsarts	groep 1
VAN ACKERE	R.	N.V. DE VLEESCHMEESTERS	H.R. Manager	groep 1
VAN AEKEN	Jan	FINA - BOREALIS	Coördinator Med. Soc. dienst	groep 1
VAN BROECK	Luc	GAZET VAN ANTWERPEN		groep
VAN BRUSSEL	Jean-Marie	VOLVO EUROPA TRUCK	Produktie verantwoordelijke	groep 1
VAN CAUWENBERGHE	Myriam	STAD GENT	Sociaal Verpleegkundige	groep 2
VAN DAMME	B.	BELGISCH STAATSBLAD	Directeur	groep 2
VAN DE GAER	Ronald	DVV VERZEKERINGEN	Personeelszaken	groep 1
VAN DE WAELE	F.	BRANDWEER ANTWERPEN	Adjudant	groep 2
VAN DEN BOSSCHE		FINA BOREALIS	Arbeidsgeneesheer	groep 1
VAN DEN BOSSCHE	Bergie	A.C.V.	Medewerker dienst ondernem.	groep 1
VAN DEN BROEK	Karla	NVVA	Diensthoofd Publikaties	groep 1
VAN DEN HEUVEL	Maryvonne	N.M.B.S.	Arbeidsgeneesheer	groep 2
VAN DER AA		MONSANTO		groep 1
VAN DER LAND	M.	ARCO CHEMICAL	HR representative	groep 1
VAN DER LINDEN	A.J.	ESSO NEDERLAND B.V	Planning & Policies - Manager	groep 1
VAN DER STEEN	Ivo	O.C.M.W. Asse	Hoofd sociale diensten	groep 4
VAN DESSEL	Ingrid	ELECTRABEL - SCHELLE	Sociaal assistente	groep 1
VAN EEGHEM	Leo	CROWNCORK COMPANY BELGIUM	Personeelsdirecteur	groep 1
VAN EMELEN	Jan	MIN. VAN TEWERKST. & ARBEID	Geneesheer - arbeidsinspecteur	groep 2
VAN HAUWAERT	Chris	HET VOLK		groep
VAN HOOFSTAT		CMILA	Geneesheer	groep 2
VAN LAERE	A.	MONSANTO		groep 1
VAN NESTE	Vincent	C.N.O.	Bedrijfsverpleegkundige	groep 1
VAN NIEUWENHUYSE	Els	SIEMENS N.V.	Sociaal verpleegkundige	groep 1
VAN NUFFEL	Dirk	MEDISCHE INSPECTIE	Geneesheer-arbeidsinspecteur	groep 1
VAN ROSSUM	John	MONSANTO EUROPE N.V.	OHN	groep 1
VAN SAN	Eric	MIN. VLAAMSE GEMEENSCHAP	Adjunct VGV	groep 2
VAN SEVEREN	Jacques	WAAK	Arbeidsgeneesheer	groep 1
VAN VERRE	Frank	FEDERAL EXPRESS	Adj. diensthoofd veiligheid	groep 1
VAN WAUWE	Kirsten	PROVINCIEBESTUUR ANTWERPEN		groep 2
VAN WEZENBEECK	B.	STAD ANTWERPEN - HAVENBEDRIJF	Technische dienst	groep 2
VANBRABANT	M.	SABENA	Hoofdgeneesheer	groep 1
VANDENBOSSCHE	Magda	ELECTRABEL	Maatschappelijke assistente	groep 1
VANDENBROELE	Henk	NAT. FED. VAN WIT-GELE KRUISV.		groep 5
VANDER STRICHT	Nadine	ST.-JAN-BAPTIST	Psychologe	groep 5
VANDEREYCKEN	Joris	ELECTRABEL/CMBT	Arbeidsgeneesheer	groep 1
VANDERLEE	Chris	GEMEENTEBESTUUR MAASMECHELEN	Ingenieur	groep 2
VANDERSTRAETEN	Marjet	C.A.D. Hasselt	Preventiewerkster	groep 3
VANDEWEYER	Paul	PSYCHIATRISCH Z.H. Tienen	Verpleegkundige	groep 5
VANHEX	Marcel	C.A.D. Limburg	Directeur	groep 5
VANHUELE	Hilde	C.G.G. Oostende	Preventiewerker	groep 5
VANOSMAEL	Viviane	N.V.S.M.	GVO Verantwoordelijke	groep 5
VELLEMAN	Marleen	STEUNPUNT LOKALE NETWERKEN		groep 4
VERBIEST	Liliane	ELECTRABEL	Sociaal assistente	groep 1
VERDOODT	G.	GEZONDHEID EN ARBEID	Arbeidsgeneesheer	groep 5
VERHAEGEN	Claude	ANONIEME ALCOHOLISTEN	Public Relations	groep 1
VERHAEGHE	Ann	I.B.G.D.	Sociaal verpleegkundige	groep 3
VERMEIRE	Mieke	Socialistische Mutualiteiten	Directeur personeel	groep 5
VERMEIREN	R.	EUROCONTROL AGENCY	Medical adviser	groep 2
VERMEIREN	Louis	MIN. VLAAMSE GEMEENSCHAP	Bestuursdirecteur	groep 2
VERMEULEN	Stefaan	VITAMINE W. Antwerpen		groep 4
VERPLANCKE	J.	I.V.B.O.	Adm. directeur	groep 2

VERSCHAEVE	Carlo	DE POST	Nationaal adj. diensth. veilig	groep 2
VERTEGNWOORDIGER		KAMER VAN KOOPHANDEL		groep
VERTOMMEN	Tine	MONSANTO	Personeelsassistente	groep 1
VERWIMP	Linda	NATIONALE BANK	Maatschappelijk assistente	groep 1
VINCK	Raf	PROVINCIEBESTUUR ANTWERPEN		groep 2
VINCKE	Catherine	IBGD	Arbeidsgeneesheer	groep 2
VINGERHOETS	Rudi	LEMMERZ BELGIE N.V.	Sociaal verpleegkundige	groep 1
VINGERHOETS	Paul J.	ARNOLDUSGROEP	Voorzitter	groep 1
VISSER	P.	MONSANTO		groep 1
VISSERS	Nelly	TEEPAK PRODUKTIE N.V.	Med. soc. dienst	groep 1
VLIEGHE	Willy	VLAAMSE LANDMAATSCHAPPIJ	Industr. ingenieur	groep 2
VOET	A.	PROVINCIAAL VEILIGHEIDSINST.	Directeur	groep
VOET	Guy	GEZONDHEID EN ARBEID	Arbeidsgeneesheer	groep 5
VOGELAERS	Marie-Rose	ELECTRABEL	Sociaal assistente	groep 1
VOS	Leo	BRIJEN ALKEN - MAES	Hoofd personeelsadm.	groep 1
WAEYAERT	Roland	N.C.M.V.		groep 3
WAUTERS	Patrick	WONEN EN WERKEN Leuven		groep 4
WILLEMS	Hilde	DUPONT DE NEMOURS	Bedrijfsarts	groep 1
WILLEMS	Herman	PROVINCIE VLAAMS-BRABANT		groep 2
WOUTERS	Diane	DOW BELGIUM	Verpleegster	groep 1
WOUTERS	Chris	MIN. VAN SOCIALE VOORZORG	Sociaal assistente	groep 2
WUYTS	Irène	ELECTRABEL/CBMT	Verpleegster	groep 1